

Résumé de preuves pertinentes : Analyse des interventions en matière de santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique



Principaux messages

- Les interventions psychosociales et psychologiques étaient efficaces à lutter contre les symptômes de dépression.
- Une combinaison d'interventions intégrant différents types de fournisseurs de services pourrait être le plus efficace.
- Il devrait y avoir une approche cohérente dans la province afin d'assurer les mêmes programmes de haute qualité et de continuer à réduire la stigmatisation liée à la dépression périnatale.

Janvier 2017

Enjeu et objet de la recherche

La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être. Tout au long de leur vie, les gens sont touchés par les diverses formes de maladies mentales, y compris les femmes pendant et après la grossesse. L'importance de la santé mentale et génésique des femmes à différentes étapes de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement et le postpartum, est reconnue et soutenue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).²

La période allant de la grossesse à l'accouchement est communément appelée période périnatale. Il existe plusieurs définitions de la « période périnatale », toutefois, aux fins du présent résumé de preuves pertinentes, les « troubles de l'humeur périnatale » désignent les troubles affectifs (p. ex., dépression et anxiété) vécus par les femmes pendant la

« période périnatale », qui va de la « conception jusqu'à un an après l'accouchement ». ³ Cette définition de la période périnatale est utilisée dans le cadre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans d'autres provinces canadiennes, ³ qui servent à leur tour à guider la pratique des bureaux de santé publique en Ontario. ⁴

La santé mentale, tout au long de la période périnatale, est une préoccupation importante de la santé publique compte tenu des conséquences possibles pour les femmes et leur famille. ⁵ Les troubles de santé mentale, comme la dépression, l'anxiété et les troubles psychotiques peuvent être vécus par les femmes pendant cette période. ⁵

La mauvaise santé mentale au cours de la période périnatale a des répercussions négatives sur le fonctionnement de la mère, ^{6,7} la qualité des interactions mère-enfant ⁸⁻¹⁰ et le

développement social et cognitif des enfants.^{6,7} Les mères qui souffrent d'une dépression postpartum sont moins susceptibles d'allaiter que les mères qui ne sont pas déprimées, d'assister aux visites de suivi des enfants, de veiller à la vaccination complète, d'utiliser des dispositifs de sécurité à domicile, de coucher les nourrissons sur le dos ou de réaliser des activités enrichissantes, comme la lecture, le chant ou les activités de plein air.¹¹ Au cours des trois premiers mois de la période postpartum, 19,2 % des femmes peuvent souffrir d'un épisode dépressif, dont 7,1 % étant un épisode dépressif majeur.¹² Compte tenu de la connaissance, de la compréhension et de l'acceptation insuffisantes des problèmes de santé mentale périnatale, il est probable que l'incidence réelle de la dépression périnatale soit sous-estimée.¹³

En plus de la dépression, l'anxiété périnatale est également vécue par certaines femmes pendant cette période. En fait, selon Fairbrother et al., les troubles anxieux étaient plus fréquents pendant la grossesse (15,8 %) et au début de la période postpartum (17,1 %) que les épisodes de dépression durant les deux mêmes périodes (3,9 % et 4,8 % respectivement),¹⁴ ce qui souligne l'importance de se pencher sur ces deux troubles.

De nombreux secteurs, y compris la santé publique, les soins primaires, la psychiatrie, la psychologie et le travail social, s'occupent de la santé mentale périnatale de différentes façons. Il reste à préciser comment la santé publique peut mieux intervenir à l'égard de la santé mentale périnatale. Par conséquent, le présent résumé de preuves pertinentes pose la question suivante : *Quelles sont les interventions fondées sur des données probantes permettant de traiter la santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique?*

Méthodes

Le 21 avril 2016, une recherche électronique a été effectuée dans les bases de données

MEDLINE, PsycINFO et CINAHL par le Service de bibliothèque de SPO concernant les articles publiés de 2006 à 2016. Les articles publiés en anglais étaient admissibles s'ils avaient porté sur des interventions de santé publique liées à la santé mentale des femmes pendant la période périnatale. Aux fins du présent résumé de preuves pertinentes, les interventions de santé publique étaient définies comme un programme, une initiative ou une stratégie qui était lancé par une organisation de santé publique ou réalisé en partenariat avec une organisation de santé publique. Cela pouvait comprendre des activités de sensibilisation, de promotion de la santé, de dépistage, de traitement et d'aiguillage.

Les articles décrivant une maladie mentale grave (p. ex., la psychose, la schizophrénie) ont été exclus. D'autres articles ont également été exclus, notamment ceux qui portaient sur la santé mentale paternelle,ⁱ qui ne faisaient pas état de résultats de façon cohérente, qui n'étaient pas des articles ayant fait l'objet d'un examen par des pairs (p. ex., des chapitres de livre, de commentaires) ou qui étaient des versions ultérieures qui publiaient les mêmes données que leurs publications originales. Enfin, tous les articles qui portaient uniquement sur d'autres secteurs, comme le travail social ou les soins primaires, sans mentionner un partenariat avec la santé publique, ont été exclus.

Deux personnes ont examiné tous les titres et résumés, et le texte intégral d'un échantillon de 20 % des articles a été examiné par une des deux personnes afin de s'assurer qu'ils étaient conformes. Au terme d'une discussion, un consensus a été établi au sujet de tous les désaccords. Une évaluation de la qualité des articles analysés a été effectuée à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité des données probantes sur la santé.¹⁵ Les articles qui ont obtenu une note de quatre ou moins ont été

ⁱ Même si la santé mentale paternelle est également un élément important du développement d'un enfant, cet aspect ne faisait pas partie de l'objet du présent résumé de preuves pertinentes.

classés comme étant de faible qualité et exclus. Des renseignements pertinents ont été extraits de chaque article sélectionné à l'aide d'un formulaire normalisé d'extraction de données. Les éléments des données extraites ont été validés par les membres de la Table sur le développement de la santé humaine, à titre d'utilisateurs de connaissances.ⁱⁱ La stratégie de recherche complète, l'évaluation de la qualité et les formulaires d'extraction des données peuvent être obtenus sur demande auprès de SPO.

Les termes utilisés dans la documentation pour décrire les fournisseurs de services de santé communautaires varient grandement, ceux-ci comprennent les professionnels de la santé, les visiteurs à domicile, les infirmières et infirmiers en santé publique et les travailleuses sociales et travailleurs sociaux. Dans le présent résumé de preuves pertinentes, le terme « professionnels de la santé » sera utilisé pour décrire les fournisseurs de services de santé publique qui s'occupent de la santé mentale périnatale.

Principales constatations

La recherche a permis de recenser 1 056 articles, comprenant 22 analyses systématiques de qualité élevée ou modérée, qui ont été inclus et qui portaient sur des interventions pertinentes de la santé publique liées à la santé mentale des femmes pendant la période périnatale. Les participantes à l'étude comprenaient des femmes qui étaient mères pour la première fois et des mères ayant plus d'un enfant. Celles-ci ont été recrutées ou suivies pendant leur grossesse et jusqu'à 12 mois après l'accouchement. L'âge minimal des mères qui ont participé aux études était de 16

ⁱⁱ La Table sur le développement de la santé humaine (TDSH) est composée de représentants de ministères provinciaux, de Santé publique Ontario (SPO), des bureaux de santé publique (BSP) de l'Ontario, ainsi que d'universitaires et de chefs de file communautaires dans les domaines du développement de la petite enfance, de la santé mentale de l'enfant et des domaines connexes. La TDSH a été créée en 2013 afin de donner suite au document intitulé *Planifier des plans d'envergure*, le plan stratégique du secteur de la santé publique de l'Ontario. Le soutien et le secrétariat de la TDSH sont assurés par SPO.

ans et aucun âge supérieur n'était indiqué. Dans la plupart des cas, l'âge des mères qui ont participé à ces interventions n'était pas précisé. Certaines interventions portaient spécifiquement sur de jeunes mères, des mères qui avaient un revenu plus faible et des mères qui étaient membres des minorités visibles.

La plupart des examens portaient sur des interventions réalisées par des professionnels de la santé, comme les infirmières en santé publique, les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes, les pédiatres, les psychologues, les sages-femmes, les personnes non spécialisées, les travailleuses sociales, les personnes qui fournissent des soins de santé à domicile et les éducatrices. Toutefois, la plus grande partie de la documentation publiée n'indiquait pas de résultats distincts selon le fournisseur. Les interventions en santé publique se sont déroulées dans des cliniques de divers types (p. ex., des cliniques de santé publique, des cliniques communautaires, des cliniques de soins primaires), d'autres établissements de soins (p. ex., en milieu hospitalier) et au domicile de clientes (p. ex., en personne ou par téléphone).

Le texte qui suit décrit les différentes interventions individuelles et en groupe décrites dans la documentation recensée aux fins du présent résumé de données probantes.

Les interventions psychosociales et psychologiques étaient signalées dans la plupart des études analysées. Ces interventions étaient fondées sur une vaste gamme de stratégies (c.-à-d. la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie comportementale interpersonnelle (TCI), la thérapie comportementale psychodynamique (TCP), le counseling non directif, les séances de consultation et diverses séances de renforcement des soutiens sociaux).

Les interventions éducatives étaient le second type d'interventions le plus courant. Celles-ci comprenaient des programmes (c.-à-d. des

cours sur la planification et la santé familiales, les soins aux nouveau-nés), la distribution de documentation (c.-à-d. des documents autodidactiques, des brochures sur la dépression postnatale, de l'information sur les ressources communautaires), ainsi que des services de dépistage et d'aiguillage.

Les visites à domicile et les services de soutien téléphonique étaient aussi courants. Les visites à domicile permettaient de faire des examens de santé et de discuter de sujets liés à la maternité, comme la santé maternelle, la nutrition, la santé de l'enfant et les soins de santé prénataux. Les services de soutien téléphonique comprenaient un soutien individuel par les pairs, un soutien général, un partage de l'information et des conseils concernant des demandes de renseignements particulières au sujet de questions médicales et sociales.

Les interventions pharmacologiques et nutritionnelles étaient celles qui étaient décrites le moins souvent dans les études analysées. Ces interventions comprenaient l'administration d'antidépresseurs (c.-à-d. la venlafaxine, la sertraline, la néfazodone, la paroxétine), des suppléments alimentaires (c.-à-d. les acides gras oméga-3, les acides gras oméga-6, la levure, le sélénium, le calcium), et des traitements hormonaux (c.-à-d. les progestagènes, l'éthanalate, la thyroxine).

En ce qui concerne les outils de dépistage et d'évaluation, de nombreux types ont été mentionnés. Ceux-ci comprenaient notamment l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPE), l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS), l'Inventaire de dépression de Beck (IDB), l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg (MADRS), l'entrevue psychiatrique normalisée de Goldberg, le Home Observation for Measurement of the Environment (HOME), le Parenting Stress Index, et l'évaluation de la santé psychosociale prénatale (ALPHA).

Dans la plupart des études, des groupes témoins ont été utilisés. Lorsque cela était le cas, le groupe témoin avait reçu une version moins intense de la même intervention ou de la documentation, ou les interventions témoins étaient décrites comme des soins habituels ou ordinaires plutôt que d'être décrites de façon détaillée. Parfois, les femmes dont le nom figurait sur une liste d'attente de services ont servi de groupe témoin.

Les résultats particuliers qui ont été mesurés comprenaient les suivants : la dépression prénatale et postnatale, la symptomatologie dépressive, l'anxiété, le stress, les connaissances maternelles, les attitudes et les habiletés liées à la santé mentale maternelle et l'utilisation des services de santé maternelle. Dans le présent résumé de preuves pertinentes, nous analysons la signification statistique des effets de l'intervention par rapport aux résultats indiqués. L'importance clinique, c'est-à-dire la pertinence et la signification des traitements en pratique clinique,^{16,17} a été rarement explorée ou analysée par les auteurs des examens. En outre, la signification statistique ne se traduit pas directement par une signification clinique.¹⁶⁻¹⁸ Par conséquent, les interventions dont l'ampleur de l'effet est minime peuvent néanmoins être importantes et avoir des retombées pratiques en matière de prestation des services de santé, tandis que celles dont l'ampleur de l'effet est plus grande pourraient ne pas être importantes sur le plan clinique. Nous n'avons pas évalué le rapport coût-efficacité des interventions.

Interventions psychosociales et psychologiques

Dans l'ensemble, les interventions psychosociales et psychologiques ont eu des retombées positives sur l'amélioration de la symptomatologie dépressive et de la dépression postpartum. Cela a été soutenu par de nombreuses méta-analyses.¹⁹

Des résultats positifs ont été signalés pour les interventions psychologiques par rapport aux

soins habituels ou ordinaires. Les données combinées provenant de plusieurs études ont indiqué que l'ampleur de l'effet (AE) des interventions psychologiques a été plus importante que les soins habituels (AE -0,46, IC 95 % : de -0,58 à -0,33) dans la réduction des troubles mentaux périnataux communs (TMPC).²⁰ L'évaluation finale a démontré que les interventions de thérapie cognitivo-comportementale et de TCI ont réduit la symptomatologie dépressive postpartum (RR 0,75, IC 95 % : de 0,63 à 0,88) et immédiatement après le traitement (TCC, TCI et TCP).²¹ Les temps d'évaluation finaux variaient considérablement entre immédiatement après l'intervention et jusqu'à 36 semaines après l'intervention, alors que d'autres étaient des interventions à long terme dont la durée était de 18 mois à cinq ans.²¹

Par ailleurs, les interventions psychosociales, comparées aux soins habituels, avaient un effet bénéfique global.^{21,22} Lors de l'évaluation finale, au cours de la première année après l'accouchement, on signalait un risque réduit de symptomatologie dépressive (RR 0,61, IC 95 % : de 0,39 à 0,94).²¹ Après les interventions, on a signalé que celles-ci avaient réussi à réduire la symptomatologie dépressive (RR 0,49, IC 95 % : de 0,28 à 0,85).²¹ Une amélioration du stress postpartum a également été signalée (différence moyenne (DM) -1,66, IC 95 % : de -2,74 à -0,57).²³

L'impact des interventions psychosociales et psychologiques sur le stress maternel a été évalué par deux études. Des résultats mitigés ont été signalés concernant la réduction de l'anxiété maternelle et du stress perçu.^{19,21}

Les interventions psychosociales et psychologiques ont également été comparées les unes aux autres en fonction de la réduction de la symptomatologie dépressive lors de l'évaluation finale à la fin de la première année après l'accouchement. Aucune différence n'a été constatée entre les deux interventions

(counseling non directif et TCC) (RR 1,13, IC 95 % : de 0,84 à 1,52).²¹

Les initiatives de promotion de la santé relatives aux troubles mentaux périnataux communs (TMPC) par rapport aux soins habituels ont réussi à réduire les TMPC (AE -0,15, IC 95 % : de -0,27 à -0,02).²⁰ Ces initiatives comprenaient des approches non structurées et non identifiées comme une intervention psychologique et incluaient au moins un des éléments suivants : les composantes des techniques de communication, le soutien social et l'éducation, et le développement communautaire.²⁰ Même si ces interventions ne portaient pas directement sur la maladie mentale, les mécanismes permettant de traiter les TMPC sont décrits avec les déterminants de ces troubles, dont le soutien social et la santé mentale.²⁰

Thérapie

Un examen comprenait un essai unique comparant la psychothérapie interpersonnelle à un programme d'éducation parentale. Cet examen a fait état d'une réduction importante du risque de symptomatologie dépressive à la suite de l'intervention fondée sur l'échelle d'impression clinique globale (RR 0,46, IC 95 % : de 0,26 à 0,83), mais aucune différence n'a été observée avec l'HDRS (RR 0,82, IC à 95% 0,65 à 1,03).²⁴

Les interventions faisant uniquement appel à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Dans l'ensemble, la TCC a été décrite comme un moyen efficace de réduire les symptômes de la dépression et de permettre aux femmes de faire des avancées positives.²⁵⁻²⁷

Un examen a souligné les avantages d'ajouter des services de gestion de cas aux séances de TCC. La gestion de cas est un processus axé sur la cliente dans lequel la coordination des services de soutien est gérée pour les clientes afin de veiller à ce que leurs besoins individuels

soient satisfaits et que les services soient de haute qualité.²⁸ Les femmes qui ont bénéficié d'une TCC et d'une gestion de cas continue étaient plus engagées et ont assisté à la majorité des séances.²⁹ Les données publiées concernant uniquement l'efficacité du traitement de psychoéducation ne sont pas concluantes. Même si certains résultats positifs ont été mentionnés en ce qui concerne la réduction des symptômes d'anxiété, l'impact sur les symptômes dépressifs est moins prometteur.^{29,30} Quant aux mères à faible revenu, Levy et Hara affirment que la psychoéducation ne suffit pas à motiver ces femmes à rechercher un traitement pour leur dépression.²⁹

Counseling et séances de consultation

Des résultats mitigés ont été constatés au sujet du counseling non directif à domicile seulement. Un examen a fait état de deux interventions. La première montrait l'efficacité du traitement de la dépression postpartum, tandis que l'autre ne signalait aucun effet après l'intervention et lors du suivi de six mois.²⁶

Renforcement du soutien social

Il y avait des résultats mitigés quant à l'efficacité des interventions de soutien social. Alors que certaines femmes ont ressenti des sentiments plus positifs et une réduction de leurs symptômes dépressifs, d'autres n'en ont retiré aucun avantage.^{27,30-32}

Éducation, fourniture de ressources, dépistage et aiguillage

Éducation et fourniture de ressources

Les interventions axées sur les couples comprenaient des cours d'éducation et de l'information. Dans l'ensemble, ces types d'interventions ont donné des résultats mitigés. Certaines études indiquaient une amélioration de la dépression et de l'anxiété, tandis que d'autres indiquaient qu'il n'y avait eu aucun

changement ou une diminution de l'effet après l'intervention pour les mêmes résultats.³⁰ L'éducation était également une composante de nombreuses autres interventions. Un examen a révélé que la combinaison d'un cahier d'auto-assistance et d'un soutien téléphonique était associée à une réduction de la probabilité que les femmes souffrent de dépression et d'anxiété à 12 semaines après l'accouchement, comparativement à celles qui ont reçu des soins habituels.³⁰

Services de dépistage et d'aiguillage

Les services de dépistage et d'aiguillage utilisés comme intervention fondée sur l'EDPE, ainsi que d'autres outils, ont donné des résultats mitigés en ce qui concerne la réduction des symptômes de dépression.^{29,33-35}

Visites à domicile et soutien téléphonique

Dans l'ensemble, les interventions des visites à domicile n'ont pas été efficaces pour réduire la dépression ou l'anxiété^{30,36}, à l'exception d'une intervention ciblant des femmes qui présentaient un risque élevé de dysfonctionnement familial et de maltraitance de l'enfant.³² Des améliorations dans les domaines du stress parental, de la qualité du milieu familial et de la réduction du pointage de l'EDPE (pour les femmes qui sont mères une première fois) ont été signalées pour ce groupe à risque élevé.³²

Par ailleurs, le soutien téléphonique offert par des pairs bénévoles et des professionnels de la santé (p. ex., infirmières, sages-femmes) a été efficace afin de réduire la symptomatologie dépressive et le stress,^{30,37,38} mais des résultats mitigés ont été signalés en ce qui concerne l'efficacité de la réduction de l'anxiété maternelle.^{30,38}

Interventions pharmacologiques et nutritionnelles

Deux examens ont analysé un éventail d'interventions qui comprenaient des interventions pharmacologiques et nutritionnelles, des interventions psychosociales et psychologiques ainsi qu'une combinaison des deux. Ces examens ont constaté des améliorations importantes dans la réduction du risque de dépression postpartum³⁹ et de symptômes dépressifs périnataux.⁴⁰ Lorsqu'elles sont analysées séparément, les interventions pharmacologiques et nutritionnelles étaient moins prometteuses, avec des effets positifs trouvés seulement pour le calcium, la stéroline, le sélénium et la fluoxétine dans un nombre limité d'essais mentionnés dans deux examens distincts.^{22,26}

La combinaison des interventions pharmacologiques et nutritionnelles et des interventions psychosociales et psychologiques a montré des améliorations importantes dans la réduction du risque de dépression postpartum³⁹ et de symptômes dépressifs périnataux.⁴⁰ Réalisées séparément, ces interventions étaient moins prometteuses, avec des effets positifs trouvés seulement pour le calcium, la stéroline, le sélénium et la fluoxétine dans un nombre limité d'essais mentionnés dans deux examens distincts.^{22,26}

Facteurs qui bloquent ou favorisent l'accès aux services et la prise en charge

Obstacles à l'utilisation des services

Un petit nombre d'articles inclus dans l'examen traitaient des facteurs qui influent sur la prise en charge des services périnataux de santé mentale.^{38,41} Dans une analyse qualitative, les femmes ont énuméré les obstacles et les facteurs suivants qui influent sur la continuité de leurs soins : mauvais suivi après le traitement, nombre insuffisant de séances de counseling non directif et lacunes dans l'information fournie.⁴¹ Les préoccupations concernant une

approche universelle ont été soulignées : les femmes ayant indiqué le besoin de participer aux décisions et d'exprimer leurs préférences en matière de traitement.⁴¹ On a signalé que les incitatifs constituaient un élément important de certaines interventions (p. ex., des billets gratuits de transport en commun et des services de garde d'enfants).

Stigmatisation et continuité des soins

Dans la documentation sur l'utilisation des services de santé, la stigmatisation et les perceptions des soins ont agi comme des obstacles pour les femmes qui cherchaient de l'aide. Par exemple, des femmes ont déclaré avoir peur de divulguer leur dépression, car cela aurait pu entraîner la perte de la garde de leur enfant.⁴¹ Certaines ont estimé que les professionnels de la santé se concentraient uniquement sur les besoins des nouveau-nés et faisaient peu de cas des besoins des mères, tandis que d'autres ont eu de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec un médecin. La stigmatisation associée à la dépression a également été mentionnée,⁴¹ un problème couramment signalé.

Méthodes, lieux et culture

Séances individuelles et en groupe

Très peu d'examens ont fait des commentaires sur l'impact des séances individuelles par rapport aux séances en groupe ou des séances combinées. Un examen a indiqué que les séances individuelles liées aux TMPC étaient efficaces par rapport aux soins habituels (AE -0,18, IC 95 % : de -0,34 à -0,01).²⁰ Les interventions en groupe ont également montré des résultats positifs. Un examen a indiqué que les interventions en groupe liées aux TMPC étaient efficaces comparativement aux soins habituels (AE -0,48, IC 95 % : de -0,85 à -0,11),²⁰ et un autre a indiqué que la TCC en groupe et le counseling de groupe de soutien étaient également efficaces afin de réduire les symptômes dépressifs.³¹ On a souligné que le

fait d'être en groupe créait des milieux favorables et un esprit communautaire, et contribuait également à améliorer la connaissance de la dépression postnatale chez les femmes.²⁷ Les impacts négatifs des séances en groupe ont également été recensés, comme la difficulté de participer pleinement, le sentiment de dépendre du groupe et l'inquiétude que le groupe pourrait échouer.²⁷

Des résultats mitigés ont été signalés afin de déterminer si les séances en groupe étaient plus efficaces que les séances individuelles et vice versa.^{27,31,40} Un examen indiquait que les interventions faisant appel à une combinaison de séances individuelles et en groupe n'entraînaient pas une réduction de la symptomatologie des TMPC par rapport aux soins habituels (AE -0,33, IC à 95 % : de -0,83 à 0,17).²⁰

Professionnels de la santé

Deux examens ont évalué l'influence des professionnels de la santé sur les interventions. Un examen a révélé une réduction des symptômes des TMPC lorsque les interventions étaient réalisées par des spécialistes de la santé non mentale par rapport aux soins habituels (AE -0,34, IC 95 % : de -0,53 à -0,16), mais n'a pas eu d'impact sur la prévalence (présence ou absence de TMPC) (OR 0,62, IC 95 % : de 0,35 à 1,08).²⁰ Cette observation a été appuyée par un autre examen qui indiquait qu'après l'intervention et le suivi à 9 mois, celles qui ont été traitées par un non-spécialiste ont connu une réduction plus importante du pointage de l'EDPE.²⁶

Lieu, moment de l'intervention et dimensions culturelles

Les interventions qui se sont déroulées à domicile ont généralement été bien accueillies et elles ont donné lieu à une participation et à une satisfaction accrues.^{29,32,40} Les traitements qui ont fait l'objet d'adaptations culturelles

appropriées ont eu un impact positif sur la participation et l'engagement des femmes.²⁹

Les interventions qui ont eu lieu pendant la grossesse et après l'accouchement ont eu un effet positif important sur la réduction des TMPC comparativement aux soins habituels (AE -0,26, IC 95 % : de -0,42 à -0,10). Toutefois, celles qui se sont déroulées uniquement pendant la grossesse n'ont pas eu d'effet important (AE -0,46, IC 95 % : de -0,94 à 0,01).²⁰

Discussion

Un large éventail d'interventions en matière de santé publique portant sur la santé mentale des femmes pendant la période périnatale ont été recensées. Ces interventions étaient réalisées par divers professionnels de la santé et d'autres personnes qualifiées. Les interventions psychosociales et psychologiques étaient les interventions le plus souvent signalées et celles-ci comprenaient des séances de thérapie, de counseling et de consultation, qui sont des exemples de plusieurs initiatives dans le cadre de ce type d'interventions. De façon générale, ces interventions ont contribué à améliorer la symptomatologie dépressive et la dépression postpartum, mais elles ont donné des résultats moins marqués quant à leur impact sur l'amélioration de l'anxiété et du stress maternels.

Les cours de sensibilisation et la distribution de matériel, comme types d'interventions, ont été moins prometteurs, puisque des résultats mitigés ont été signalés en ce qui concerne l'amélioration des niveaux de dépression et d'anxiété³⁰. La sensibilisation était également intégrée à d'autres types d'interventions et peut avoir contribué à leur réussite, mais son impact n'a pas été évalué de façon indépendante. Le dépistage et l'aiguillage ont montré des résultats incohérents sur le plan de l'amélioration des symptômes dépressifs^{29,33-35} et, à l'instar de la sensibilisation, ils étaient intégrés à d'autres interventions, sans que ce

soit la seule composante ou la seule intervention étudiée.

Les autres interventions qui ont obtenu des résultats mitigés étaient les suivantes : les visites à domicile et le soutien téléphonique.^{30,32,36,38}

Les interventions pharmacologiques et nutritionnelles ont été relativement moins efficaces lorsqu'elles étaient réalisées de façon indépendante, mais lorsque les interventions psychosociales et psychologiques étaient combinées dans l'analyse, des améliorations étaient signalées sur le plan des symptômes dépressifs et de la dépression.^{22,26,38,39}

De plus, il est nécessaire de s'attaquer aux obstacles à l'utilisation des services et à la continuité des soins (p. ex., la stigmatisation et la peur, l'insuffisance du traitement et du suivi).⁴¹ Ces facteurs pourraient être systématiquement pris en compte dans la planification des programmes afin d'atténuer les obstacles à la participation aux futurs programmes. Même s'il a été question de l'effet des méthodes, des lieux et des influences culturelles sur les résultats en santé mentale périnatale, les données probantes étaient limitées.

Les nombreuses interventions en matière de santé mentale périnatale recensées dans ce résumé de preuves pertinentes ont montré leur pertinence dans le contexte de la santé publique. Étant donné que la santé publique fonctionne par le biais de partenariats et de collaborations avec d'autres secteurs du système de santé, les interventions décrites comprennent des activités qui pourraient être accomplies par des professionnels de la santé publique (p. ex., le counseling, les visites à domicile, la distribution de matériel éducatif) et par d'autres entités qui peuvent être coordonnées par la santé publique (p. ex., les services d'aiguillage). Les obstacles identifiés à la prise en charge par les services soulignent également la nécessité d'une plus grande sensibilisation aux troubles de santé mentale périnatale et aux améliorations apportées à

l'accès aux soins. Il s'agit de deux aspects que la santé publique peut favoriser et soutenir. Le rôle de la santé publique couvre une gamme de méthodes de prestation, de fournisseurs et de milieux. Ainsi, les professionnels de la santé publique ont de multiples occasions d'influer sur les résultats de la santé mentale périnatale, en partenariat avec d'autres.

Même si la dimension de l'importance clinique n'a pas été évaluée dans le cadre des examens inclus, la documentation démontre de nombreuses méthodes visant à calculer l'importance clinique. Toutefois, il n'existe aucune méthode normalisée ou cohérente utilisée dans toutes les disciplines,^{42,43,16} y compris celles qui sont propres au domaine de la santé mentale.⁴⁴ Des lignes directrices sont disponibles concernant l'interprétation des résultats des outils EDPE et HDRS pour lesquels des indices de changement fiable (ICF) et des échelles de seuils sont recommandés.^{45,46} Néanmoins, il est nécessaire de considérer ce qui constitue une différence importante pour le contexte local.

Retombées sur la pratique

La documentation a identifié de nombreuses interventions efficaces pour traiter la santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique. Dans l'ensemble, les interventions psychosociales et psychologiques étaient efficaces en ce qui concerne la symptomatologie dépressive. À ce titre, les organisations de santé publique pourraient envisager de revoir les stratégies actuelles et de fournir un soutien continu au perfectionnement du personnel dans des domaines comme le counseling et les séances de consultation, entre autres. L'amélioration des interventions de soutien téléphonique peut également être envisagée, car elles ont été jugées efficaces pour réduire la symptomatologie dépressive. Les visites à domicile pour les mères qui présentent un risque élevé de dysfonctionnement familial et de maltraitance faite aux enfants étaient efficaces, ce qui

suggère que l'on mette l'accent sur les habiletés particulières qui sont nécessaires afin que le personnel qui effectue les visites à domicile maximise son temps avec les familles souffrant de dépression en plus d'autres facteurs de stress. Une intégration des interventions uniques et combinées, comme la TCC, la gestion de cas et les interventions pharmacologiques, appuyées par des interventions psychosociales et psychologiques, pourrait être utile. Cela souligne l'importance d'une approche globale et de la nécessité d'établir des partenariats importants avec des professionnels de la santé dans d'autres domaines, comme les soins primaires. Un modèle d'intervention uniforme dans toutes les organisations de santé publique de la province permettrait à toutes les femmes de l'Ontario qui sont en période périnatale ou postpartum de recevoir les mêmes services de haute qualité. L'équité et l'accès aux services doivent également être pris en compte lors de la planification et de la mise en œuvre des initiatives, dans l'ensemble du système.

Étant donné que les adaptations culturelles adéquates ont eu un impact positif sur la participation et l'engagement des femmes, les organisations pourraient bénéficier d'un examen de leurs pratiques actuelles afin de s'assurer que les spécificités culturelles sont prises en compte et que leurs programmes sont adaptés afin de répondre aux diverses cultures.

Le fait de partager les préoccupations personnelles liées à sa santé mentale continue d'entraîner une stigmatisation qui empêche les femmes de se manifester. De plus, les préoccupations relatives à la garde de leurs enfants continuent d'entraver la discussion ouverte avec les fournisseurs de soins de santé. La santé publique doit continuer de s'efforcer de changer l'opinion publique et la perception que l'on a des personnes qui ont des troubles de santé mentale. Les initiatives de sensibilisation du public concernant les questions de santé mentale périnatale doivent continuer d'être un élément important du travail de la santé publique. À l'échelle

provinciale, le soutien continu aux campagnes provinciales de sensibilisation et de déstigmatisation concernant ces problèmes de santé changera le point de vue de la population et, au fil du temps, facilitera le cheminement des familles qui sont aux prises avec ces problèmes.

Limitations

Les examens inclus dans le présent résumé de preuves pertinentes ont tous signalé des limitations semblables dans la documentation des études principales, y compris des écarts importants qui offrent des possibilités limitées de combiner les statistiques des résultats et une piètre rigueur méthodologique. Certains examens comprenaient un petit nombre d'essais, et trois examens n'ont trouvé qu'un seul essai clinique randomisé portant sur l'objet de la recherche. Alors que certains examens fournissaient des descriptions détaillées de la population des femmes, d'autres ne donnaient que de vagues détails, ce qui rendait difficile de rendre compte des résultats ou de tirer des conclusions applicables à différentes sous-populations. Ensemble, ces limitations ont rendu difficile de combiner et de comparer les résultats de certains examens.

Les interventions ont été réalisées dans plusieurs pays, dont les États-Unis, le Canada, l'Angleterre, la Norvège, l'Afrique du Sud, l'Australie et certains pays asiatiques à revenu intermédiaire. Compte tenu de la différence entre les structures de santé publique de ces différents pays, il est nécessaire d'effectuer une évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des conclusions en fonction du contexte local.

Bibliographie

1. Santé Canada. Rapport sur les maladies mentales au Canada. Ottawa, ON: Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada; 2002. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf

2. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf
3. BC Reproductive Mental Health Program, Perinatal Services BC. Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period [Internet]. Victoria, BC: Provincial Health Services Authority; 2014 [cité le 16 novembre 2016]. Disponible à : <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf>
4. Vanderlaan A. The Healthy Human Development Table interactive discussion about the status of perinatal mental health programs, activities and supports in Ontario. Workshop presented at: Collaborate. Innovate. Transform: The Ontario Public Health Convention (TOPHC) 2016. 2016 Apr 4-6; Toronto, ON.
5. Hogg S. Prevention in mind: all babies count: spotlight on perinatal mental health [Internet]. London, UK: National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC); 2013 [cité le 16 novembre 2016]. Disponible à : <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/research-reports/all-babies-count-spotlight-perinatal-mental-health.pdf>
6. Letourneau NL, Dennis C, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD, et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):445-57.
7. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*. 2003;182:420-7. Disponible à : <http://bjp.rcpsych.org/content/182/5/420.long>
8. Rishel CW. Pathways to prevention for children of depressed mothers: a review of the literature and recommendations for practice. *Depress Res Treat*. 2012;2012:313689. Disponible à : <https://www.hindawi.com/journals/drt/2012/313689/>
9. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007;191:378-86. Disponible à : <http://bjp.rcpsych.org/content/191/5/378.long>
10. Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of postpartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):652-8.
11. Zajicek-Farber ML. Postnatal depression and infant health practices among high-risk women. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):236-45.
12. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
13. Hanna B, Jarman H, Savage S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(2):72-9.
14. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord*. 2016;200:148-55.
15. Health Evidence. Quality assessment tool - review articles [Internet]. Hamilton, ON: Health Evidence; 2016 [cité le 15 août 2016]. Disponible à : http://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/QATool&Dictionary_01Jun16.pdf

16. Fethney J. Statistical and clinical significance, and how to use confidence intervals to help interpret both. *Aust Crit Care*. 2010;23(2):93-7.
17. Ferrill MJ, Brown DA, Kyle JA. Review article: clinical versus statistical significance: interpreting P values and confidence intervals related to measures of association to guide decision making. *J Pharm Pract*. 2010;23(4):344-51.
18. Mariani AW, Pêgo-Fernandes PM. Statistical significance and clinical significance. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(2):71-2. Disponible à : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802014000200071&script=sci_arttext
19. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD001134.
20. Clarke K, King M, Prost A. Psychosocial Interventions for perinatal common mental disorders delivered by providers who are not mental health specialists in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(10). Disponible à : <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001541>
21. Dennis C, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006116.
22. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(1):41-60.
23. Song J, Kim T, Ahn J. A systematic review of psychosocial interventions for women with postpartum stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(2):183-92.
24. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD006309.
25. Ying L. Efficacy of cognitive-behavioral therapy to prevent the perinatal depressive symptoms. *Macau J Nurs*. 2013;12(1):48-57.
26. Leis JA, Mendelson T, Tandon SD, Perry DF. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(1):3-13.
27. Scope A, Booth A, Sutcliffe P. Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: a qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. 2012;68(9):1909-19.
28. Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. Normes de pratique en gestion de cas au Canada. Toronto, ON: Réseau national des gestionnaires de cas du Canada; 2009. Disponible à : http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/standers_of_practices_french%202014.pdf
29. Levy LB, O'Hara MW. Psychotherapeutic interventions for depressed, low-income women: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):934-50.
30. Pilkington PD, Whelan TA, Milne LC. A review of partner-inclusive interventions for preventing postnatal depression and anxiety. *Clin Psychol*. 2015;19(2):63-75.
31. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(4):277-93.
32. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 2006;33(3):210-20.

33. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A, et al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2014;76(6):433-46.
34. Hewitt CE, Gilbody SM. Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: a systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG.* 2009;116(8):1019-27. Disponible à : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02148.x/full>
35. Austin M, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4):CD005124. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171384/>
36. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009326.
37. Dennis C, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(3):301-14.
38. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009338.
39. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1205-17.
40. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(5):839-49.
41. Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, Pilling S. Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(6):745-59.
42. McGlothlin AE, Lewis RJ. Minimal clinically important difference: defining what really matters to patients. *JAMA.* 2014;312(13):1342-3.
43. Jones PW, Beeh KM, Chapman KR, Decramer M, Mahler DA, Wedzicha JA. Minimal clinically important differences in pharmacological trials. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(3):250-5. Disponible à : <http://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201310-1863PP>
44. Eisen SV, Ranganathan G, Seal P, Spiro III A. Measuring clinically meaningful change following mental health treatment. *J Behav Health Serv Res.* 2007;34(3):272-89.
45. Matthey S. Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord.* 2004;78(3):269-72.
46. Grundy CT, Lambert MJ, Grundy EM. Assessing clinical significance: application to the Hamilton rating scale for depression. *J Ment Health.* 1996;5(1):25-33.

Particularités et limitations

Le but de ce résumé de preuves pertinentes est d'analyser l'objet de la recherche en temps opportun afin d'éclairer la prise de décisions. Le résumé de preuves pertinentes présente les principales conclusions découlant d'une recherche systématique tirées des meilleures preuves disponibles au moment de la publication, de même que d'une analyse et d'une extraction de données provenant de ces preuves. Ce rapport n'est pas aussi détaillé qu'un examen systématique. Toutes les tentatives ont été faites afin d'inclure les preuves les plus détaillées sur le sujet. Il est possible que certaines études particulières pertinentes ne soient pas incluses. Toutefois, il est important de déterminer, au moment de la lecture du présent résumé, si ces études particulières auraient pu modifier les conclusions du document.

Auteurs

Gloria Mensah, conseillère en développement de produits, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Tanveer Singh, adjointe de recherche, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Contributeur

Diane Bewick, spécialiste principale en programmes, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Réviseurs

Kara DeCorby, conseillère principale en développement de produits, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Anna Vanderlaan, coordonnatrice de la recherche, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Sue Keller-Olaman, chef, Synthèse du savoir et services d'évaluation, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Benjamin Rempel, chef, Renforcement des capacités en promotion de la santé, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Heather Manson, directrice générale, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Mensah G., Singh T., Résumé de preuves pertinentes : Analyse des interventions en matière de santé mentale périnatale dans un contexte de santé publique. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016.

ISBN : 978-1-4606-8962-2

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été produit par Santé publique Ontario (SPO). SPO fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organismes de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. SPO fonde ses travaux sur les meilleures données probantes disponibles actuellement.

SPO n'assume aucune responsabilité à l'égard des résultats de l'utilisation du présent document par qui que ce soit.

Le présent document peut être reproduit sans autorisation à des fins non commerciales uniquement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucune modification ne doit lui être apportée sans l'autorisation écrite explicite de Santé publique Ontario.

Renseignements

Synthèse du savoir et services d'évaluation, Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes.

Courriel : hpcdip@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société d'État vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, visitez www.publichealthontario.ca.

Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

