

Positionnement de la Société Marcé Internationale 2013
Évaluation psychosociale et dépistage de la dépression chez les femmes
en période périnatale

Ce texte est la traduction littérale d'un positionnement de la Marcé Society Internationale, qui concerne les orientations générales, au-delà des champs régionaux et nationaux, en terme d'évaluation psychosociale et de dépistage de la dépression en période périnatale. Ce positionnement est actuellement soutenu par les associations de professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité suivants :

- International Association of Women's Mental Health (IAWMH)
- Fédération Française de Psychiatrie (FFP)
- Australian College of Midwives
- The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists
- Royal Australian College of Obstetrics & Gynecology
- Indo-Canadian Psychiatrists Association
- Post Partum Support International
- International Society for Psychosomatic Obstetrics & Gynecology (ISPOG) (accord provisoire, à ratifier en mai 2014)
- World Association for Infant Mental Health (WAIMH) (en cours)
- Royal College of Psychiatry (en cours)
- UK Home Visiting Association (en cours)
- North American Society for Psychosocial Obstetrics and Gynecology (NASPOG)
(en cours)
- UNICEF (en cours)

L'évaluation psychosociale chez les femmes pendant la « période périnatale » (dont fait partie le dépistage de la dépression), suscite beaucoup d'intérêt ainsi que des débats passionnés [1]. La prise de position que nous présentons vise à articuler les arguments qui contribuent au débat et à fournir des orientations pour aider les cliniciens, les décideurs politiques et les services de santé dans leurs prises de décision.

Objectifs du positionnement

- Définir les principes généraux et les concepts impliqués dans l'évaluation psychosociale et le dépistage de la dépression
- Décrire le débat actuel concernant les avantages et les risques dans ce champ, y compris les avantages cliniques, les implications éthiques, culturelles et les ressources de l'évaluation psychosociale systématique dans le cadre des soins de santé primaire
- Fournir un document qui aidera à soutenir le développement des soins en santé mentale périnatale, dans le cadre des soins primaires.

Ce document *n'a pas* pour but de proposer des recommandations précises sur l'évaluation psychosociale et/ou le dépistage de la dépression (elles devront être développées localement en fonction des ressources existantes), pas plus qu'il ne tente de résumer les données pertinentes existantes sous-tendant ce débat.

Contexte

La période périnatale (*grossesse et première année après la naissance*) est une période de transition pour tous les parents, rendue plus difficile par la présence de facteurs de risque psychosociaux (ou de co-morbidité). Les principaux facteurs de risque d'une adaptation émotionnelle périnatale difficile, incluent des antécédents préconceptionnels ou de la grossesse d'anxiété, de dépression et d'autres pathologies de la santé mentale ou des conduites addictives, le manque de soutien conjugal, des antécédents traumatiques (y compris les événements de l'enfance et la violence familiale), l'isolement (physique, mental, culturel), les événements de vie stressants, la précarité ainsi que des traits de personnalité fragilisant, comme une faible estime de soi ou une forte anxiété « trait » [2-5].

L'existence d'une morbidité psychosociale (spécialement des niveaux élevés

d'anxiété et de stress) pendant la grossesse peut nuire au développement du fœtus et avoir une influence délétère sur le développement cognitif, émotionnel et comportemental des enfants, comme rapporté par un certain nombre de grandes études de cohorte prospectives [6]. La dépression postnatale peut aussi avoir un impact sur le développement des enfants [7].

Dans de nombreux pays développés et en cours de développement, la grossesse et la période postnatale sont des périodes propices à l'éducation pour la santé, en raison de la fréquence des contacts avec les professionnels de santé. Les futurs et nouveaux parents sont souvent en recherche de soutien pour pouvoir apporter les changements nécessaires au bon développement de leurs enfants et à la diminution potentielle des dysfonctionnements familiaux intergénérationnels. La période périnatale fournit ainsi aux cliniciens une occasion unique d'aborder la santé *psychologique, sociale et physique* de leurs patientes, et d'envisager *l'évaluation psychosociale systématique comme partie intégrante des soins à cette étape de leur vie*. Le dépistage précoce et le traitement de la morbidité psychosociale sont particulièrement importants en ce qui concerne le fonctionnement de la famille et la relation parents-enfant, avec de surcroît un impact positif potentiel sur la santé de la génération suivante. Il est également important et nécessaire de tenir compte des circonstances sociales défavorables (lorsque c'est possible) et des épisodes de violence et/ou des traumatismes actuels ou passés [8, 9]. En effet, l'accent mis à ce jour par la recherche sur la dépression périnatale, fait que les facteurs de risque ou médiateurs potentiels que sont la violence interpersonnelle et les traumatismes passés, ont tendance à être sous-étudiés.

La dépression majeure - souvent accompagnée de troubles anxieux et/ou d'une vulnérabilité personnelle - est la situation la plus courante en période postnatale [10, 11], et peut être la cause de difficultés voire de troubles pour la mère, son partenaire, les enfants et la famille. Ces épisodes peuvent apparaître de novo, ou être des rechutes d'un trouble préexistant. Dans les pays de bon niveau économique, la prévalence de la dépression majeure dans la période des 9 mois de la grossesse est de 12,7 %, et de 7,1 % au cours des 3 premiers mois du post-partum [12].

De grandes études en population générale montrent un risque accru de nouveaux épisodes psychiatriques, tout particulièrement d'épisodes dépressifs majeurs et de psychoses puerpérales, survenant dans les premiers mois du post-partum [13], de même que le *risque de rechute de trouble de l'humeur préexistant*, souvent suite à l'arrêt des

traitements, augmente significativement à la fois pendant la grossesse et la période postnatale [14-16], et ce en particulier dans le trouble bipolaire [17]. La mortalité maternelle associée à une morbidité psychosociale (comprenant l'abus de substances et les violences interpersonnelles) est devenue l'une des principales causes de décès maternels dans les pays à hauts revenus [18, 19]. Le risque de suicide est 70 fois plus élevé dans la première année post-natale après une hospitalisation pour un épisode psychiatrique sévère, comparativement aux autres périodes de la vie d'une femme [20].

Les données probantes fondant le dépistage de la dépression en période périnatale ont été largement examinées au cours de l'élaboration des recommandations de pratique clinique en 2007 au Royaume Uni [4], en 2012 en Écosse [5] et en 2011 en Australie [21], qui sont toutes étayés par des revues systématiques de la littérature. Ces 3 recommandations varient dans leur niveaux de recommandation pour ou contre l'utilisation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [22], avec des directives australiennes recommandant son usage systématique dans un programme de dépistage intégré, tandis que les directives Écossaises (Scottish Intercollegiate Guidelines Network-SIGN) et Britanniques (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) recommandent son utilisation uniquement comme un complément à la pratique clinique. Une revue systématique en 2013 de l'Agency for Healthcare Research & Quality à propos du dépistage de la dépression postnatale [23] conclut que, même si les *instruments actuels de dépistage de la dépression* sont assez sensibles et spécifiques pour détecter la dépression post-partum, le niveau de preuve reste insuffisant pour permettre que les avantages et les inconvénients du dépistage de la dépression soient équilibrés ou pour déterminer si l'utilisation d'outils/de stratégies spécifiques d'évaluation permettrait d'obtenir de meilleurs résultats.

Alors que les recommandations Australiennes soulignent que l'utilisation de programmes d'évaluation psychosociale systématisés est un bon point de la pratique, en plus de l'évaluation des dyades mère-enfant, ni le SIGN ni le NICE ne discutent l'intérêt d'une évaluation psychosociale élargie telle que définie dans ce positionnement. Pour plus de détails, les trois recommandations sont résumés en annexe 1. Il est important de noter que les recommandations diffèrent car elles dépendent du niveau de preuves au moment de leur élaboration, d'où les variations dans le degré de recommandation par exemple pour l'utilisation de l'EPDS.

Définitions et concepts clés en santé mentale périnatale

Avant d'entrer plus avant dans la discussion, il nous faut définir la terminologie et les concepts apparus au cours des deux dernières décennies dans le domaine de la santé mentale périnatale.

1 . *La période périnatale* : elle a été définie de différentes façons, mais dans le présent document, elle recouvre la *période de la grossesse et de la première année après la naissance*. L'utilisation du terme « périnatal » dans le cadre psychosocial souligne l'importance de considérer le bien-être émotionnel de la mère et de l'enfant à une période où le risque pour la mère de débiter ou de présenter une rechute de trouble de l'humeur est très élevée, que les vulnérabilités sociales et émotionnelles maternelles sont souvent exacerbées, tout cela à un moment critique dans le développement de l'attachement du nourrisson. Ce terme souligne également l'importance d'une intervention précoce (idéalement débutant durant la grossesse) et la nécessité de détecter les problèmes psychosociaux susceptibles d'avoir un impact délétère sur le devenir obstétrical, infantile et familial.

2 . « *Morbidité psychosociale* »: dans le présent document, ce terme couvre le champ de la morbidité psychiatriques (par exemple, les dépressions majeures, les psychoses, les troubles anxieux et les troubles bipolaires) jusqu'aux facteurs de risques psychosociaux (tels que décrits dans le chapitre « contexte »), en incluant également les abus de substances, la vulnérabilité et les troubles de la personnalité, ainsi que les difficultés d'adaptation à la parentalité.

3 . *Prévention*: les soins de santé préventifs visent à réduire le poids des maladies chroniques grâce à l'identification précoce des personnes présentant des facteurs de risque ou des symptômes, en proposant des interventions appropriées. C'est le principe clé qui sous-tend l'intérêt de l'évaluation psychosociale et du dépistage de la dépression.

4 . *Programmes d'évaluation psychosociale* : ils englobent à la fois l'évaluation des facteurs de risques psychologiques, sociaux et culturels actuels et antérieurs susceptibles d'influencer la santé mentale des femmes en période périnatale [1]. Ces programmes devraient couvrir l'ensemble des troubles, depuis les pathologies mentales graves à faible prévalence (schizophrénies, troubles bipolaires, troubles de la personnalité, etc.) aussi bien que les troubles à forte prévalence, comme la dépression et l'anxiété, en passant par les facteurs de risque susceptibles de rendre l'ajustement à la parentalité plus difficile. *Contrairement au dépistage, l'évaluation psychosociale ne cherche pas à identifier les*

femmes susceptibles de présenter un trouble diagnostiqué au moment de l'évaluation. Au contraire, elle nous donne une image multidimensionnelle des conditions psychologiques de la femme, qui peuvent ensuite être prises en considération pour orienter vers les meilleures options thérapeutiques. Compte tenu de son caractère multidimensionnel, il est essentiel qu'elle soit effectuée dans le cadre d'un programme de soins intégrés (voir la définition ci-dessous). L'évaluation psychosociale peut être proposée dans le cadre même de l'entretien clinique ou par le biais d'un outil structuré.

5 . *Dépistage des épisodes dépressifs* : Le dépistage des épisodes dépressifs actuels est généralement considéré comme l'un des éléments de l'évaluation psychosociale dans le contexte périnatal, et ne doit pas être considéré comme son seul objectif. Le dépistage peut-être *systématique*, c'est à dire proposé à *toutes* les femmes. Cette démarche s'oppose à un dépistage *ciblé* qui est entrepris uniquement pour des groupes à hauts risques (par exemple les mères jeunes, célibataires ou consommant des substances). Le dépistage ne devrait exister qu'à travers un outil validé, acceptable et convivial, intégrant une évaluation diagnostique et thérapeutique (le cas échéant) pour les personnes dépistées comme « positives » [24, 25]. Les outils de dépistage sont utilisés pour rechercher les symptômes *susceptibles d'être associés* à un diagnostic, en utilisant un cut-off optimal. Soulignons qu'un *outil de dépistage n'est pas un outil de diagnostic*. Le diagnostic nécessite une évaluation clinique complète.

6 . « *Soins «intégrés»* » : l'utilisation de ce terme dans le cadre de la périnatalité souligne l'importance de:

a) l'intégration des disciplines de santé et des systèmes de soins de santé primaire, secondaire et tertiaire

b) l'intégration des différentes composantes d'un programme d'évaluation psychosociale : l'évaluation elle-même (comprenant le dépistage de la dépression), la formation des cliniciens et leur supervision, l'établissement de lignes directrices encadrant l'accès au soins et les voies de recours offertes aux cliniciens

c) l'intégration de la temporalité (prénatal et postnatal) et des services (par exemple , l'hôpital et la collectivité)

d) l'intégration de l'évaluation psychosociale au suivi (somatique) de la grossesse et des soins postnatals.

Le débat actuel

Les deux thèmes principaux qui fondent le débat actuel entre les cliniciens, les chercheurs en périnatalité et les décideurs, sont les suivants: 1) les avantages (cliniques et économiques) comparativement aux inconvénients de a) l'évaluation psychosociale systématique et b) le dépistage de la dépression; 2) d'entreprendre une telle activité dans des bassins de population où les ressources sont faibles.

1 . *Les bienfaits versus les méfaits de l'évaluation psychosociale systématique et le dépistage de la dépression :*

Le débat à propos du *dépistage systématique de la dépression* englobe un certain nombre de dimensions: l'utilisation dévoyée d'un outil de dépistage comme outil diagnostique (conduisant à un mauvais diagnostic et une augmentation des prévalences) ou son *inexactitude* en raison du manque de validité en termes de propriétés psychométriques comme la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive (VPP, soit le nombre de cas " positifs" qui présentent réellement un trouble), et la définition du cut-off optimal sur le plan clinique. L'évaluation la plus récente de la VPP du dépistage de la dépression périnatale est d'environ 62% [26], ce qui signifie qu'environ 38% des femmes qui obtiennent un score ≥ 13 à l'échelle « Edinburgh Postnatal Depression Scale » (EPDS), sont susceptibles d'être faussement diagnostiquées comme souffrant de dépression majeure, si aucune évaluation clinique n'est effectuée. Cet état de fait conduit à souligner le risque potentiel de rendre pathologiques de simples symptômes post-nataux [27], avec un préjudice éventuel pour la femme et de surcoût pour le système. Une autre préoccupation majeure est la disponibilité des ressources nécessaires au soutien des programmes de dépistage de la dépression périnatale.

Au Royaume-Uni, le dépistage systématique de la dépression – que ce soit avec l'EPDS (ou avec les questions de Whooley-voir en annexe) fondé sur les données actuellement disponibles est considéré comme pouvant potentiellement causer plus de tort que de bien [28] et n'est pas considéré comme rentable [29]. Fait intéressant, l'« US Prevention Task Force » [30] recommande le dépistage de la dépression en population générale compte tenu du bon niveau de preuve du bénéfice clinique associé quand il est effectué dans un *établissement de soins adaptés* [31]. Une telle approche n'a pas encore été évaluée dans le cadre de la période périnatale.

L'évaluation psychosociale implique de s'enquérir du bien-être psychosocial *global* de la femme (prenant en compte à la fois les antécédents et les événements actuels, par opposition à une dépression potentielle actuelle) dans le cadre de la grossesse et des

soins postnatals, et indique ainsi à la femme que le professionnel de santé qui la suit s'intéresse à son bien-être global. Il y a un argument fort pour que cette dimension soit incluse dans les soins de routine – là où les soins physiques et émotionnels sont intégrés dans les soins de santé primaires. Quand certains sont en désaccord avec l'utilisation systématique d'un dépistage de la dépression (cf. ci-dessus), la plupart des cliniciens soutiennent que l'évaluation psychosociale a une valeur en elle-même (indépendamment de la disponibilité des services psychosociaux adéquats) car elle permet:

a) *L'ouverture de la discussion* sur les questions psychosociales, y compris celles qui affectent la famille élargie (par exemple la violence conjugale, le niveau de soutien, la recherche d'aide) et qui peut être proposée par des acteurs de santé non formés en santé mentale.

b) *La sensibilisation et l'éducation* des femmes enceintes, des mères et de leurs aidants sur le fait que les affections psychiatriques et psychologiques doivent être traitées, que des difficultés dans les interactions parents-enfants peuvent survenir alors, et que des traitements et des modes de soutien efficaces sont disponibles si nécessaire.

Le débat relatif à *l'évaluation psychosociale systématisée* est moins controversé et a tendance à se centrer sur la nécessité de définir des méthodologies et des modèles de soins adaptés à l'environnement local (par exemple, l'utilisation de questionnaires structurés versus des entretiens généralistes non structurés, au sein d'un modèle de soins intégrés). L'ALPHA [32] l'ANRQ [33] et l'ARPA [34] sont des exemples d'outils d'évaluation psychosociale structurés. Lorsque des programmes d'évaluation psychosociale sont entrepris, les professionnels de la santé en soins primaires ont besoin de *formations* adéquates ainsi que de *supervisions* par les services de santé mentale. De tels systèmes, intégrant évaluation et soins, *et qui doivent inclure une composante importante de formation*, ont commencé à être mis en œuvre en Australie, en particulier dans les maternités et les secteurs de la petite enfance, mais n'ont pas encore été évalués [33-35].

En fin de compte, la formation et le soutien des professionnels des secteurs de la santé primaire est susceptible de réduire la fréquence des adressages à des services de santé mentale, les praticiens devenant de plus en plus confiants et compétents dans la prise en charge des femmes présentant des risques psychosociaux, de trouble dépressifs ou anxieux légers.

La preuve croissante que les interventions de faible ampleur (par exemple, les programmes sur Internet), le soutien social, le soutien par les pairs et le « self-help » sont

efficaces dans la gestion des troubles de l'humeur légers ou des troubles de l'adaptation [36-38], pouvant ainsi circonvenir à l'impression d'augmentation de la charge de travail du secteur des soins de santé dans son ensemble, peut également entrer en ligne de compte. Enfin, des études de suivi à long terme sont nécessaires pour évaluer les avantages en terme de bien-être des mères, des nourrissons, des familles et de la société ainsi qu'en terme de coûts.

2 . Évaluation psychosociale et dépistage de la dépression dans les pays à ressources limitées :

Dans la plupart des 112 pays à revenus faibles ou intermédiaires-faibles (où la majorité des femmes du monde vivent), l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement est insuffisant pour fournir la sécurité de base, ce qui laisse la reconnaissance des problèmes psychosociaux de côté. Dans certains endroits, les services de santé mentale sont limités aux établissements de détention qui fournissent des soins de mauvaise qualité, qui pourraient parfois même être considérés, selon les normes mondiales, comme des « soins maltraitants ». Nous devons donc être conscients du contexte dans lequel l'évaluation psychosociale est réalisée, tout en restant extrêmement vigilants à maintenir ses potentiels effets stigmatisant, voire maltraitant au plus faible niveau [39].

De même, dans les pays à ressources limitées, l'identification des facteurs de risque psychosociaux (y compris ceux qui sont associés à un mauvais suivi anténatal et une mauvaise nutrition) permet d'avoir un impact à la fois sur la santé physique et sur la santé mentale des femmes pendant la grossesse, ce qui améliore à la fois les issues obstétricales et pédiatriques [40, 41]. Dans les pays plus avancés économiquement, beaucoup de choses peuvent maintenant être entreprises par les professionnels des soins de santé primaires, à la fois en ce qui concerne le dépistage de la dépression et de l'évaluation psychosociale systématisée.

Enfin, nous devons être conscients que les instruments de dépistage de la dépression (surtout développés dans les milieux occidentaux) fonctionnent très différemment dans les pays à ressources limitées, où la compréhension des concepts tels que la «dépression», peut être très différente. Dans de telles situations, les femmes peuvent avoir un vocabulaire limité pour décrire leurs expériences émotionnelles et leurs besoins. Comme leurs vies sont « chroniquement difficiles », les questions qui cherchent à évaluer si elles se sentent moins bien que d'habitude obtiennent toujours des réponses

négatives. L'utilisation de seuils différents pour les outils de dépistage devra donc être évaluée dans de telles circonstances [42]. Il est également recommandé de développer des méthodes locales de dépistage basées sur les besoins et l'acceptabilité spécifique à chaque culture.

En résumé, alors qu'il n'y a pas de réponse simple à la question de savoir « *s'il y a une place pour l'évaluation psychosociale systématisée (incluant le dépistage de la dépression) sans services d'aval appropriés* », ne pas procéder à une telle évaluation en raison de la complexité des questions ou d'un manque de ressources en santé mentale, mènerait à omettre le rôle essentiel du bien-être psychosocial en terme de santé de la mère et de l'enfant

Au sein de la Société Marcé Internationale, la réflexion binaire que non unanime, s'oriente de plus en plus en faveur d'une évaluation psychosociale systématisée pour les femmes en période périnatale, tant qu'elle se déroule au sein d'un modèle de soins intégrés. Il est généralement reconnu par les cliniciens que cette évaluation a une valeur intrinsèque en terme d'éducation des femmes et des familles, ainsi qu'une valeur d'ouverture de la discussion sur les questions du domaine psychosocial. Les modalités précises devront en être décidées au niveau des services de santé locaux (voir encadré ci-dessous).

Orientations futures : construire une base de données probantes

Pour informer les cliniciens à la recherche de conseils, mais également les décideurs politiques pour la définition des priorités de financement, nous devons

Développer et évaluer des méthodes d'évaluation psychosociale intégrées (comprenant des outils d'évaluation et des programmes de formation structurés) appropriés aux environnements spécifiques et aux organisations des services de santé.

Développer une gamme d'options thérapeutiques ayant fait leurs preuves pour améliorer les évaluations de routine, depuis le self-help, en passant par des interventions légères jusqu'à l'amélioration de l'accès aux soins par un spécialiste des services de santé mentale périnatale et infantile.

Recueillir des marqueurs du rapport coût-efficacité du dépistage de la dépression et de l'évaluation psychosociale systématisée, aussi bien en ce qui concerne la santé de la mère que de l'enfant.

Rassembler des éléments de preuves dans les pays de faible niveau économique, et

valider des instruments appropriés pour y améliorer la reconnaissance de la morbidité psycho-sociale. Il faut également soutenir le développement de stratégies visant à réduire la violence et à développer le vaste domaine de l'éducation sur les besoins émotionnels et affectifs en général, susceptibles d'être bénéfiques à de nombreuses femmes ne nécessitant en fait pas de traitement individuel.

Principes directeurs sous-tendant l'évaluation psychosociale systématisée et les programmes de dépistage de la dépression

International Marcé Society Positionnement 2013

Lorsque la mise en place d'évaluations psychosociales systématisée et de soins primaires pour les femmes en période périnatale est envisagée, les principes suivants doivent être pris en compte :

- L'intérêt de combiner l'évaluation de la santé physique et émotionnelle ainsi que le bien-être général des femmes en période périnatale.

- L'impact de la morbidité psychosociale sur l'accès à la parentalité ainsi que l'attachement et le développement du nourrisson.

- Les programmes d'évaluation psychosociale universels doivent combiner l'évaluation du contexte psychosocial, les facteurs de risque ainsi que la dépistage d'une éventuelle dépression actuelle, de même que l'intégration de l'évaluation aux soins à venir.

- Il n'existe pas *un* modèle d'évaluation psychosociale. Les méthodes locales acceptables, facile à mettre en œuvre et à interpréter, et pouvant être intégré dans les modèles / programmes de soins locaux, fonctionneront le mieux.

- moment et fréquence de l'évaluation: idéalement à la fois pendant la grossesse (dans le cadre des soins de base) et à un temps approprié du post-partum (par exemple 3 mois).

- Une formation adéquate et le soutien des professionnels de santé primaire (qui proposent l'évaluation psychosociale intégrée) par le secteur de la santé mentale est essentielle.

- S'enquérir des antécédents de troubles de l'humeur ou de psychose puerpérale doit être inclus dans toutes les évaluations psychosociales, compte tenu du risque considérable de rechute pendant la période postnatale.

- La sécurité des mères et des enfants doit être prise en considération à toutes les étapes.

- ne pas entreprendre d'évaluation psychosociale en raison de la complexité des champs qu'il pourrait ne pas couvrir et / ou du manque de ressources psychosociales, serait sous-estimer le rôle crucial de bien-être psychosocial des résultats maternelle et

infantile. Cette évaluation a une valeur intrinsèque en termes d'éducation des femmes et des familles et d'ouverture sur les questions psychosociales .

-Mobiliser les soutiens sociaux sera une intervention clé de première ligne, et est indépendant des soins eux-mêmes

-Les programmes doivent faciliter l'accès à toute une gamme d'interventions psychosociales de soins primaires de faible coût, qui peuvent aider les femmes ayant des troubles d'intensité légère à modérée (qui représente la majorité des cas).

-Une approche collaborative devra être adoptée, au sein de laquelle les préférences de la mère en terme d'options, d'orientation et / ou de stratégie thérapeutique seront pris en compte.

-Les programmes doivent veiller à ce que les soins psychosociaux périnataux soient adaptés à la culture et à la famille.

-Idéalement, il faudrait que les secteurs de soins primaires orientent vers les services psychosociaux périnataux spécialisés suivant un modèle de soins gradué.

-Il est nécessaire d'accéder à des connaissances probantes pour définir l'approche la plus adaptée pour les programmes d'évaluation psychosociale et les modèles de soins appropriés adaptés aux besoins locaux, ainsi que pour l'évaluation des coûts et des bénéfices.

References

1. Austin, M.-P., Antenatal screening and early intervention for 'perinatal' distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 2004. 7: p. 1-6.
2. O'Hara, M., Swain, A., Rates and risk of post-partum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1996. 8: p. 37-54.
3. Milgrom, J., et al., Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 2008. 108(1-2): p. 147-157.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Antenatal and postnatal mental health: The NICE guidelines on clinical management and service guidance CG45. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists, 2007.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Management of perinatal mood disorders (SIGN Publication no. 127). March 2012, Edinburgh: Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>.
6. Talge, N.M., C. Neal, and V. Glover, Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2007. 48(3-4): p. 245-261.
7. Murray, L. and P.J. Cooper, Postpartum depression and child development. *Psychol Med*, 1997. 27(2): p. 253-60.
8. Howard, L., et al., Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A systematic review and meta- analysis. *PLoS Medicine*, 2013. 10(5): p. 1-16.
9. Seng, J.S., et al., Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2011. 118(11): p. 1329-1339.
10. Austin, M.-P., et al., Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Archives of Women's Mental Health*, 2010. 13(5):395-401.
11. Wisner, K.L., et al., Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen- positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 2013. [epub ahead of print].
12. Gaynes, B.N., et al., Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report / Technology Assessment*, 2005. 118: p. 1-225.
13. Munk-Olsen, T., et al., New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*, 2006. 296(21): p. 2582-9.
14. Cohen, L.S., et al., Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, 2006. 295(5): p. 499-507.

15. Viguera, A.C, et al., Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry*, 2000. 157: p. 179-184.
16. Viguera, A.C., et al., Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(12): p. 1817-24.
17. Munk-Olsen, T., et al., Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, 2009. 66(2): p. 189-195.
18. Oates, M., Suicide: the leading cause of maternal death. *British Journal of Psychiatry*, 2003. 183: p. 279-281.
19. Austin, M.P., et al, Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia*, 2007. 186: 364-367.
20. Appleby, L., P.B. Mortensen, and E.B. Faragher, Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 1998. 173: p. 209-211.
21. Austin, M.-P., N. Highet, and the Guideline Expert Advisory Committee, Australian Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders — Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis — in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals 2011, Melbourne: beyondblue: the national depression initiative.
22. Cox, J.L., et al, Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1987. 150(6): 782-6.
23. Myers, E.R., et al., Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106., 2013, Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville, MD.
24. Wilson, J.M.G. and G. Jungner, Principles and practices of screening for disease. Geneva: World Health Organization; Public Health Papers No. 34., 1968.
25. Raffle, A.E. and J.A. Muir Gray, Screening: Evidence and practice. 2007, Oxford University Press.
26. Milgrom, J., J. Mendelsohn, and A.W. Gemmill, Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *Journal of Affective Disorders*, 2011. 132(3): 301-10.
27. Matthey, S., Are we overpathologising motherhood? *Journal of Affective Disorders*. 120: p. 263-6.
28. Hill, C., An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria, 2010 UK National Screening Committee London.

29. Paulden, M., et al., Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*, 2009. 2210(340): p. b5203. doi:10.1136/bmj.b5203.
30. U.S. Preventive Services Task Force, Screening for Depression in Adults: Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 2009. 151(11): p. 784-792.
31. Wells, K.B., et al., Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial.[Erratum appears in *JAMA* 2000 Jun 28;283(24):3204]. *JAMA*, 2000. 283(2): p. 212-20.
32. Carroll, J.C., et al., Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2005. 173(3): p. 253-9.
33. Austin, M.P., et al., The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting *Women & Birth*, 2013. 26: p. 17-25.
34. Matthey, S., et al., Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. *Arch Womens Ment Health*, 2004. 7(4): p. 223-9.
35. Austin, M.-P., et al, Antenatal psychosocial assessment for reducing antenatal and postnatal mental health morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(4).
36. Dennis, C.L. and E. Hodnett, Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(4): p. CD006116.
37. Dennis, C.L., et al., Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ*, 2009. 338(jan15_2): p. a3064-.
38. Dennis, C.L., Intensive postpartum support for postnatal depression has the most beneficial outcome - meta-analysis. *Evidence-based Obstetrics & Gynecology*, 2006. 8(3-4): p. 94-95.
39. Fisher, J., et al, Pregnancy, childbirth and the postpartum period Mental health aspects of women's reproductive health : a global review of the literature. Geneva: WHO Library, 2009.
40. Rahman, A., et al., Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: --a cohort study. *Arch Dis Child*, 2007. 92(1): p. 24-8.
41. Patel, V., et al., Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007. 370(9591): p. 991-1005.
42. Fisher, J., et al., Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin WHO*, 2012. 90. 139G-149G.

Composition du groupe de reflexion

Marie-Paule Austin (*Rédactrice*) St John of God Health Care Prof Perinatal & Women's Mental Health, University New South Wales (UNSW), Australia. Chair Australian (beyondblue) Guidelines Perinatal Depression & associated Disorders

Gisele Apter Director Perinatal & Child Psychiatry Erasme Hospital, University Paris Diderot, France.

Bryanne Barnett, Perinatal Psychiatrist, St John of God Health Care & University NSW, Sydney, Australia.

Angela Bowen, Lead Maternal Mental Health & A/Professor Nursing Saskatchewan University, Canada.

Roch Cantwell, Perinatal Psychiatrist, Southern General Hospital; Glasgow Scotland; chair SIGN Guidelines.

Prabha Chandra, Professor Psychiatry, National Institute of Mental Health & Neurosciences, Bangalore, India.

Linda Chaudron, Professor, Psychiatry, Pediatrics, Ob/Gyn, University of Rochester, USA.

Jane Fisher Jean Hailes Professor Women's Health, Monash University, Melbourne, Australia.

Jane Hanley, President International Marcé Society, College of Human and Health Sciences, Swansea University, Wales, Great Britain.

Nicole Highet, Executive Director Centre for Perinatal Excellence (COPE), Australia.

Jane Honikman, Founder Postpartum Support International, USA

Jeannette Milgrom Professor & Director Parent-Infant Research Institute, University Melbourne, Australia.

Anne-Laure Sutter-Dallay, Head Perinatal Psychiatry Network, Adult University Psychiatry Department, Bordeaux, France.

Katherine Wisner, Asher Professor of Psychiatry & Ob/Gyn, Northwestern University, USA.

Remerciements: Nous remercions vivement l'International Marcé Society et le St John of God Health Care pour leur aide à la synthèse des avis du groupe de réflexion

Référence à citer: Marcé International Society Position Statement (2013). Psychosocial Assessment and Depression Screening for Women in the Perinatal Period (www.marcesociety.com).

ANNEXES

Résumé des guidelines nationaux de pratiques cliniques à propos de l'évaluation psychosociale et du dépistage de la dépression.

Durant les 10 dernières années, trois recommandations nationales de pratiques cliniques ont été élaborés. De plus, il existe une revue exhaustive de l'utilisation de l'EPDS dans le dépistage de la dépression en période périnatale (AHRQ 2013, non résumé ici). L'élaboration de chacune de ces recommandations a été sous-tendu par une revue systématique de la littérature, et a inclus un certain nombre d'orientations fondées sur des preuves et des démarches de bonnes pratiques. Chaque recommandation circonscrit deux domaines phares :

1) Les modèles de soins psychosociaux. Chaque guideline recommande des approches similaires :

- Principalement des *programmes de soins et d'évaluation psychosociale intégrés en soins primaires*, avec la possibilité pour les cliniciens de soins primaires de se référer aux services de santé mentale pour les soins de niveau secondaires et tertiaires.
- La planification et la gestion des cas complexes, des trouble psychosociaux important ou graves
- Une approche d'équipe multidisciplinaire pour permettre l'accès aux soins primaires et aux cliniciens psychosociaux dans une approche transdisciplinaire
- Des programmes associés à une formation continue du personnel et à la supervision des secteurs de santé mentale.

2) Objectifs et méthodes d'évaluations. Il existe des différences significatifs entre les recommandations :

Australien (approuvé par le NHMRC en 2011):

- Identifier explicitement l'enfant et la famille comme intégré dans le modèle d'évaluation et de prise en charge (versus les directives Écossaises et

Britanniques) ;

- Recommander l'utilisation de l'EPDS à la fois en ante et en postnatal, pour identifier une éventuelle dépression (anxiété) en utilisant le cut-off habituel proposé en post-partum

• Identifier l'intérêt de l'utilisation d'un outil d'évaluation psychosociale structurée en association à l'EPDS, et que ces outils soient acceptables par les femmes et les cliniciens

Directives Britanniques et Galloises (NICE 2007 ; en cours de révision ; prochaine version échue en 2015)

- Mettre en garde contre l'utilisation systématique de l'EPDS, bien qu'elle puisse être utilisée comme un « complément » à l'évaluation psychosociale'
- Recommander l'utilisation de deux questions spécifiques – les questions de Whooley - pour la détection d'une éventuelle dépression actuelle en période périnatale comme suit: Au cours du mois passé, avez- vous souvent été gênée par le fait de: 1) ne pas avoir le moral, vous sentir déprimée ou désespérée ? 2) avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? Si réponse oui en 1 et 2, souhaitez-vous de l'aide ?
- En plus des questions de Whooley, développer la recherche es antécédents familiaux de troubles psychosociaux graves.
- L'utilisation de soins gradués et de modèles d'organisation en réseaux sont recommandés
- Les directives n'intègrent pas pas de manière explicite l'enfant ou la famille dans le cadre du modèle de soins

Directives écossais (SIGN 2012)

- Recommander la recherche de symptômes dépressifs pendant la grossesse et après la naissance, mais à leur avis leur revue de la littérature n'a pas fourni assez d'arguments pour recommander l'utilisation d'outils spécifiques (par exemple l'EPDS).

- L'EPDS et les questions de Whooley peuvent être utilisés pour surveiller et faciliter la discussion à propos des difficultés émotionnels.
- Dépister les risques de troubles mentaux graves du post-partum précoce.
- Lorsque la relation mère-enfant est atteinte, ces recommandations suggèrent que des interventions spécifiques soient proposées.