



Projet de pratique efficace en santé publique Sommaire

Décembre 2005

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans ledit examen, veuillez consulter ce dernier.

Référence bibliographique de l'APA pour l'examen : Dennis, C-L. et Creedy, D. (2004). **Psychosocial and psychological interventions for preventing post-partum depression**, The Cochrane Database of Systematic Reviews, n° 4, art. n° : CD001134.pub2, DOI :10.1002/14651858.CD001134.pub2

Question : La dépression post-partum est une dépression non psychotique qui commence peu après l'accouchement, soit normalement dans les quatre semaines suivantes, bien qu'elle puisse se déclencher à n'importe quel moment durant la première année. Ses symptômes sont semblables à ceux d'une dépression généralisée. Elle est diagnostiquée officiellement à l'aide des critères du DSM-IV. Les estimations de prévalence varient énormément; selon une méta-analyse des études communautaires, le taux de prévalence serait de 13 % pendant les six semaines suivant la naissance (O'Hara et Swain, 1996). Il s'agit d'un état grave, non seulement parce qu'il invalide la femme touchée, mais aussi parce qu'il risque de perturber les interactions mère-enfant. La dépression post-partum a été reliée à des séquelles à long terme comme le trouble de l'attachement, les retards dans les aptitudes cognitives, linguistiques et sociales et les problèmes de comportement (Ross, Dennis, Blackmore et Stewart, 2005; RNAO, 2005).

Sommaire du contenu de l'examen : Il s'agit d'un examen systématique et d'une méta-analyse d'études sur échantillon aléatoire et contrôlé qui ont été menées sur des interventions non pharmaceutiques (psychosociales ou psychologiques) effectuées avant ou après la naissance pour réduire le risque de dépression post-partum. Les interventions comprenaient des stratégies psychopédagogiques, une thérapie cognitivo-comportementale, une psychothérapie interpersonnelle, une consultation non directive, un débriefing psychologique, diverses interactions de soutien et une aide concrète, apportée par téléphone et par des visites à domicile ou en clinique, dans le cadre de séances individuelles ou collectives. Les études étaient incluses si elles ciblaient des femmes à haut risque ou de la population en général. Pour qu'elles soient admissibles, il fallait que la dépression post-partum soit considérée comme un résultat, bien que d'autres résultats pour la mère et le nouveau-né aient été abordés si les études en faisaient état. L'examen a permis de trouver 15 études, publiées entre 1995 et 2003, auxquelles ont participé 7 697 femmes. Dans l'ensemble, les interventions étudiées n'ont pas révélé que la prévention avait un effet bénéfique.

Remarques sur la méthode employée pour le présent examen : La recherche a été complète et reposait sur la stratégie définie pour le Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Des références bibliographiques secondaires ont été analysées, et des spécialistes en la

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée

matière ont été contactés pour qu'ils indiquent des études non publiées. Deux examinateurs ont évalué indépendamment les études d'après sept critères d'admissibilité. Ils ont évalué aussi la qualité des études et extrait des données selon une formule standard. On s'est servi de techniques méta-analytiques appropriées, et l'on a effectué des analyses de sensibilité en excluant les études qui risquaient le plus d'être biaisées. En plus de rassembler les résultats de toutes les études, on a réalisé six analyses *a priori* sur un sous-groupe. Pour ce qui est du résultat primaire, l'analyse de toutes les études s'est avérée très hétérogène, le sous-groupe était de grande qualité et bien des analyses du sous-groupe ont reposé sur la mesure des résultats ou le type d'intervention.

Les éléments de preuve NE SONT PAS pondérés ou classés selon leur importance.

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
La méta-analyse des données provenant de 15 études sur échantillon aléatoire n'a aucunement prouvé que les interventions psychologiques et psychosociales avaient un effet global significatif sur la prévention de la dépression post-partum (p=0.08).	
La seule intervention qui aurait permis de réduire le risque de dépression post-partum s'est avérée la visite à domicile d'un professionnel de la santé. La preuve a été fournie par deux études, l'une jugée passable et l'autre bonne lors d'un examen distinct réalisé par l'auteur principal (Dennis, 2004).	Voyez ci-après.
Les interventions qui se sont révélées efficaces étaient limitées à la période post-partum. Dix études ont permis d'arriver à cette conclusion. Neuf études ont été cotées lors d'un examen distinct (Dennis, 2004), dont cinq ont été jugées bonnes, trois passables et une mauvaise.	Voyez ci-après.
Les interventions qui ciblaient les femmes à haut risque se sont avérées bénéfiques, alors que rien n'a prouvé que les nouvelles mères en général profitent du fait que l'on intervienne dans leur cas. La conclusion reposait sur sept études, dont cinq ont été jugées passables et une mauvaise lors d'un examen distinct (Dennis, 2004).	Trouver les femmes qui risquent de subir une dépression post-partum demeure problématique. À l'heure actuelle, il n'existe aucun outil de dépistage qui offre assez de sensibilité, de spécificité, de valeurs prédictives ou de rapports de vraisemblances. Il y a lieu d'effectuer d'autres recherches pour trouver les causes et créer de bons outils de dépistage. En attendant, il existe certaines preuves à l'effet que les programmes devraient cibler les femmes qui présentent deux facteurs de

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée

	risque connus et devraient consister en des visites à domicile de professionnels de la santé après l'accouchement.
Les interventions grâce auxquelles on a réussi à réduire le risque de dépression post-partum pourraient aussi améliorer l'état vaccinal du nouveau-né et réduire le risque de blessure. Cette constatation est fondée sur une étude jugée passable.	La nécessité d'intervenir peut être justifiée par de meilleurs résultats pour la mère. Il faut effectuer d'autres études pour déterminer si les résultats pour le nouveau-né sont meilleurs.
<p>Répercussions générales : L'examen prouve que, dans le cas des femmes à haut risque ayant accouché, c'est par des visites à domicile de professionnels de la santé que la dépression post-partum se traite le mieux. Aucune preuve ne porte à croire que les approches visant les femmes en général sont efficaces, ni que les interventions réalisées avant la naissance procurent des avantages quelconques. Les interventions individuelles (en dehors des visites à domicile) et collectives ne se sont pas avérées efficaces, et la durée de l'intervention n'influencerait pas les résultats.</p> <p>Ces constatations peuvent être comparées à celles qui sont ressorties d'un examen semblable réalisé par Lumley, Austin et Mitchell (2004) et concernant des études sur échantillon aléatoire. Dans ce dernier examen, on a découvert que la consultation post-natale effectuée par des professionnels ayant suivi une formation spéciale auprès de femmes dépressives ou risquant de l'être permettait de réduire les symptômes. Les études ciblant les femmes à risque pendant la période post-natale ont donné des résultats variables, mais les résultats regroupés n'étaient pas significatifs. Les interventions avant et après l'accouchement qui ciblaient la population en général ne se sont pas avérées efficaces. Le présent examen comprenait des études sur un échantillon quasi-aléatoire et sur un échantillon aléatoire et pouvait donc être biaisé.</p> <p>Pour mieux mettre au point des programmes d'intervention, il y a grandement lieu de créer un bon outil pour dépister les femmes risquant de subir une dépression post-partum.</p> <p>Étonnamment, les études qui ont démontré des résultats positifs pour la mère n'ont pas donné de meilleurs résultats pour le nouveau-né, étant donné que les bébés nés de mères dépressives risqueraient de subir de multiples effets néfastes.</p>	

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : non inclus dans l'examen.

Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (2005). *Interventions for postpartum depression*, Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Dennis, C-L.E. (2004). Preventing postpartum depression part II: a critical review of nonbiologic interventions, *La Revue canadienne de psychiatrie*, 49, 526-538
- O'Hara, M.W. et Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis, *Int. Rev. Psychiatry* 8, 37-54
- Ross, L.E., Dennis, C-L., Blackmore, E.R. et Stewart, D.E. (2005). *Postpartum depression: a guide for front-line health and social service providers*, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée

Autres références bibliographiques sur le sujet :

Lumley, J., Austin, M-P et Mitchell, C. Intervening to reduce depression after birth: a systematic review of the randomized trials, *Int. J. of Technology Assessment in Health Care* 2, 128-144

Auteurs du sommaire : Kathleen Steel O'Connor, Ph. D., directrice, programme REDSP, KFL&A Public Health, 221, av. Portsmouth, Kingston (Ontario) K7M 1V5

Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :

Public Health Services
Projet de pratique efficace en santé publique
2, rue King Ouest, 3^e étage
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578
Télécopieur : 905-628-6465
Courriel : ephpp@hamilton.ca
Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>



Le format du présent sommaire a été adapté d'après health-evidence.ca (www.health-evidence.ca).

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée