

UNIL, Faculté de biologie et de médecine, 3^e année de médecine

Médecine: individu-communauté-société (MICS)

Programme de médecine et santé communautaires

Module B3.6 – immersion communautaire

Dépression et grossesse : quelle prise en charge ?

Marta Aligisakis, Perrine Bohner, Marc-Antoine Bornet, Johanna McNeely, Célia von Siebenthal

Problématique : Selon les statistiques de Profa en 2011, environ 5% des femmes enceintes présentent des signes de dépression. La prise en charge d'une grossesse désirée chez ces femmes peut être plus compliquée par rapport à celle des femmes vivant une grossesse sans dépression. Comment alors assurer la meilleure prise en charge ?

Objectif : décrire la prise en charge de la grossesse chez la femme souffrant de dépression par les différents intervenants et mettre en évidence les éventuelles améliorations à apporter.

Méthodologie : Nous avons fait une revue de littérature, afin de mieux connaître la prise en charge actuelle. Nous avons rencontré un gynécologue, un psychiatre, deux généralistes, une sage-femme conseillère (Profa), une sage-femme indépendante, une assistante sociale (Maternité du CHUV) et des collaborateurs du GRAAP. Nous avons fait passer un questionnaire auprès de 36 personnes (échantillonnage stratifié par sexe) pour comprendre la perception de la population générale quant à cette problématique.

Résultats : La littérature et les informateurs-clefs insistent sur l'importance du dépistage précoce de la dépression pendant la grossesse et du suivi interdisciplinaire par les différents intervenants. Les informateurs-clefs insistent sur la nécessité de personnaliser la prise en charge, et de désigner un référent pour assurer la continuité des soins. Les informateurs-clefs insistent par ailleurs sur la nécessité de mieux informer la population et les professionnels de soins concernant cette problématique. Beaucoup de personnes de notre échantillon pensent que le bébé subira des conséquences de la dépression, mais il y a une réelle conscience de la souffrance de ces femmes et de la nécessité de les aider.

Conclusion : Il est nécessaire d'établir un standard de soins tout en tenant compte des spécificités de chaque femme enceinte souffrant de dépression. Nous recommandons d'assurer une bonne communication et coordination entre les différents intervenants pour mieux prendre en charge ces femmes.

Mots clés : grossesse – dépression – équipe interdisciplinaire – dépistage précoce – prise en charge

Juillet 2012

Introduction

La dépression pendant la grossesse est encore un sujet tabou dans notre société. Elle touche environ 5% des femmes enceintes et peut avoir des conséquences physiques, psychiques et sociales sur la femme elle-même et sur son enfant. Nous nous sommes intéressés à la prise en charge d'une grossesse désirée chez les femmes souffrant de dépression par différents intervenants, médicaux ou non, afin de découvrir quel est leur rôle.

Objectif

Décrire la prise en charge de la grossesse chez la femme souffrant de dépression par les différents intervenants et mettre en évidence les éventuelles améliorations à apporter.

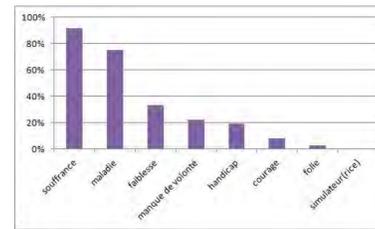
Méthode

- **Revue de littérature** afin de mieux connaître la prise en charge actuelle de la grossesse chez une femme souffrant de dépression
- **Questionnaire** par échantillonnage stratifié, par sexe, de la population générale (n=36; chaque étudiant a recruté 6 à 8 participants, autant d'hommes que de femmes) afin de comprendre sa perception face à cette problématique.
- **Entretiens** avec des informateurs-clés impliqués dans la prise en charge pour connaître leur rôle dans le suivi : deux généralistes, un psychiatre (PMU), un professeur de gynécologie (CHUV), une sage-femme indépendante (HESAV), une sage-femme conseillère (Profra), une assistante sociale (Maternité du CHUV) et des collaborateurs du GRAAP.

Résultats

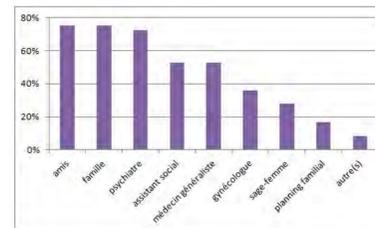
Questionnaire

Il ressort des réponses au questionnaire que 80% des participants pensent que la dépression de la mère peut avoir des conséquences sur l'enfant. De plus, 32% des participants pensent que ces femmes n'ont pas la capacité de s'occuper d'un enfant. Malgré ces difficultés, les participants sont conscients de la souffrance de ces femmes et de la nécessité de les aider par différents intervenants.



Quel(s) terme(s) associez-vous à la dépression?

La majorité des participants pensent que la dépression est une souffrance et une maladie.



Lesquels de ces intervenants pourraient être utiles?

Nous relevons la grande importance accordée à l'entourage.

Entretiens avec les informateurs-clés

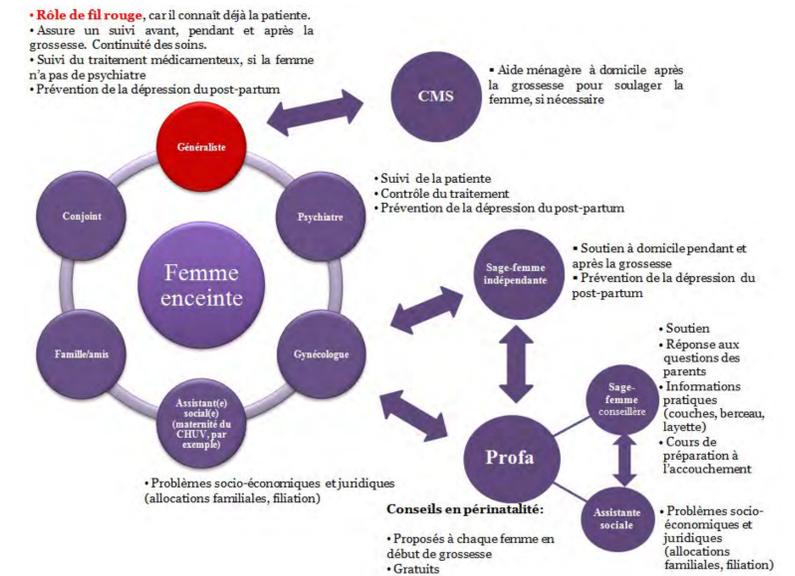
Nous nous sommes rendu compte qu'actuellement:

- La grossesse et la dépression sont prises en charge séparément par le gynécologue et le psychiatre.
- Le généraliste est peu consulté pendant la grossesse alors qu'il est fortement impliqué avant et après.
- Il n'y a pas de prise en charge standardisée, car le type et la gravité de la dépression ainsi que le contexte socio-économique diffèrent d'un cas à l'autre.
- Selon le lieu de suivi (hôpital ou cabinet), la prise en charge sera différente: mettre en place un suivi interdisciplinaire est plus difficile au cabinet qu'à l'hôpital.
- La communication entre intervenants, les connaissances des ressources à disposition et la sensibilisation des professionnels de soins à la dépression sont insuffisantes.

Améliorations proposées

Les informateurs-clés suggèrent quelques modifications:

1. Développer des outils pour le dépistage précoce de la dépression
2. Instaurer un réseau interdisciplinaire bien coordonné et standardisé mais s'adaptant à chaque femme. Nous proposons le schéma de prise en charge suivant:



Le médecin généraliste a un rôle de référent (fil rouge) dans ce réseau afin d'assurer la continuité des soins

3. Augmenter les connaissances de l'offre des différents intervenants, par exemple Profra, CMS

4. Améliorer la sensibilisation de la population générale et des professionnels de soins à cette problématique

Conclusion

La prise en charge des femmes enceintes souffrant de dépression doit tenir compte de la situation particulière de chaque cas. Toutefois, il nous apparaît pertinent d'assurer une bonne communication et de coordonner entre les différents intervenants du réseau et de dépister précocement la dépression. Une amélioration des connaissances de la population et des professionnels de soins au sujet de la dépression est aussi nécessaire.

Remerciements

Nous tenons à remercier notre tuteur Dr Arnaud Chiolero ainsi que toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer ou qui ont répondu à nos questionnaires.

Références

- British Columbia Reproductive Care Program. *Reproductive Mental Health Guideline 1, Reproductive mental illness during the perinatal period: principles and framework*. British Columbian Reproductive Care Program. 2003.
URL: <http://www.perinatalservicesbc.ca/NR/rdonlyres/FE4218BF-77BF-4C4E-82BB-723A7C394611/0/MHGuidelinesPrinciplesandFramework.pdf>. Consulté le 12 juin 2012.
- Campagne DM. The obstetrician and depression during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004; 116:125-30.
- Macchi M-F. Maladie psychique et désir d'enfant, un pari sur la vie. *Diagonales: Magazine romand de la santé mentale*. 2010; 78: 4-9.
- McCaul A, Stokes J. Perinatal support to protect maternal mental health. *Nursing Times*. 2011; 107:16-8.
- Ryan D, Mills L, Misri N. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005; 51:1087-1093.