



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(2), 14-28

Revue systématique de revues systématiques d'interventions visant à améliorer la santé mentale et bien-être maternels

[A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being]

Fiona Alderdice, BSSc PhD (Chair in Perinatal Health and Wellbeing)*, Jenny McNeill BSc MSc PhD (Lecturer in Midwifery Research), Fiona Lynn BA MSc PhD (Improving Children's Lives Research Fellow)

School of Nursing and Midwifery, Queen's University Belfast, Medical Biology Centre, Lisburn Road, UKK

Contact - f.a.alderdice@qub.ac.uk (F. Alderdice), j.mcneill@qub.ac.uk (Jenny McNeill)

Soumission initiale le 5 août 2011 - Soumission révisée le 24 mai 2012 - Accepté pour publication le 27 mai 2012

RESUME

Objectif : identifier les interventions non invasives pendant la période périnatale qui permettraient aux sages-femmes d'offrir un soutien efficace aux femmes dans le contexte de la santé mentale et du bien-être maternels.

Méthodes : neuf bases de données ont été explorées : MEDLINE, PubMed, EBSCO (CINAHL/British Nursing Index), MIDIRS Online Database, Web of Science, The Cochrane Library, CRD (NHS EED/DARE/HTA), Joanne Briggs Institute et EconLit. Une stratégie d'exploration systématique de la littérature avait été formulée en utilisant des termes clés MeSH et des mots associés à des articles sur la maïeutique, les objectifs de l'étude et la santé mentale. Les critères d'inclusion étaient les articles publiés depuis 1999, les publications en anglais et les articles en provenance de pays qui correspondaient à la définition des pays économiquement développés de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE). Les données ont été extraites indépendamment en utilisant un formulaire de collecte de données qui recensait les données des articles revus, la période de la revue, les objectifs, les résultats et les recommandations clés. Les données et les résultats principaux de chaque étude ont été regroupés en tableaux. La qualité méthodologique des revues a été déterminée par des critères de qualité prédéterminés.

Résultats : 32 revues sur les interventions qui pourraient être utilisées par des sages-femmes dans le contexte de la santé mentale et le bien-être maternels et répondaient aux critères de sélection ont été identifiées. Cette revue a conclu que sur base des données probantes de cette revue systématique, il serait prématuré de considérer l'introduction de quelconque intervention dans la formation ou la pratique de la sage-femme. Cependant, certaines interventions seraient dignes de recherches supplémentaires, y compris des modèles de soins maïeutique pour la prévention de la dépression postnatale, des interventions psychologiques et psychosociales pour le traitement de la dépression du postpartum et la préparation/coordination de programmes de parentalité. Aucune revue sur le rôle spécifique de la sage-femme dans le cadre de la santé mentale et du bien-être maternels pendant la grossesse n'a été identifiée, bien que ceci soit la période de contact le plus intensif entre femmes et sages-femmes.

Conclusions clés et implications pour la pratique : Cette revue systématique de revues systématiques apporte une analyse utile des connaissances et des lacunes sur les interventions sur la santé mentale maternelle pendant la période périnatale. Bien que peu de données qui puissent informer la pratique de la sage-femme dans le cadre de la santé mentale maternelle aient pu être identifiées, cette revue donne l'occasion de réfléchir à ce que la sage-femme pourrait apporter maintenant et à l'avenir et aux études randomisées contrôlées de très bonne qualité qui pourraient informer les stratégies destinées à améliorer la santé mentale maternelle par les sages-femmes.

ABSTRACT

Objective: to identify non-invasive interventions in the perinatal period that could enable midwives to offer effective support to women within the area of maternal mental health and wellbeing.

Methods: a total of 9 databases were searched: MEDLINE, PubMed, EBSCO (CINAHL/British Nursing Index), MIDIRS Online Database, Web of Science, The Cochrane library, CRD (NHS EED/DARE/HTA), Joanne Briggs Institute and EconLit. A systematic search strategy was formulated using key MeSH terms and related text words for midwifery, study aim, study design and mental health. Inclusion criteria were articles published from 1999 onwards, English language publications and articles originating from economically developed countries, indicated by membership of the Organisation for Economic Co-operation

and Development (OECD). Data were independently extracted using a data collection form, which recorded data on the number of papers reviewed, time frame of the review, objectives, key findings and recommendations. Summary data tables were set up outlining key data for each study and findings were organised into related groups. The methodological quality of the reviews was assessed based on predefined quality assessment criteria for reviews.

Findings: 32 reviews were identified as examining interventions that could be used or co-ordinated by midwives in relation to some aspect of maternal mental health and wellbeing from the antenatal to the postnatal period and met the inclusion criteria. The review highlighted that based on current systematic review evidence it would be premature to consider introducing any of the identified interventions into midwifery training or practice. However there were a number of examples of possible interventions worthy of further research including midwifery led models of care in the prevention of postpartum depression, psychological and psychosocial interventions for treating postpartum depression and facilitation/co-ordination of parent-training programmes. No reviews were identified that supported a specific midwifery role in maternal mental health and well-being in pregnancy, and yet, this is the point of most *Key conclusions and implications for practice*: This systematic review of systematic reviews provides a valuable overview of the current strengths and gaps in relation to maternal mental health interventions in the perinatal period. While there was little evidence identified to inform the current role of midwives in maternal mental health, the review provides the opportunity to reflect on what is achievable by midwives now and in the future and the need for high quality randomised controlled trials to inform a strategic approach to promoting maternal mental health in midwifery.

Mots clés : santé mentale maternelle, bien-être, maïeutique, revue

Keywords: maternal mental health, well-being, midwifery, review

Introduction

La grossesse est caractérisée par des exigences et des changements physiologiques, sociaux et émotionnels qui peuvent impacter le bien-être maternel. Des études empiriques suggèrent que 15-25% des femmes éprouvent une anxiété importante ou une dépression pendant la grossesse (Ross & McLean, 2006; Let *et al.* 2007; Figueiredo & Conde, 201) et les niveaux d'anxiété et de dépression sont plus élevés pendant la grossesse que pendant la période postnatale. L'anxiété et la dépression postnatale sont associées à de moins bons résultats obstétricaux et néonataux (Mancuso *et al.*, 2004; Marcus & Heringhausen, 2009; Dunkel-Schetter & Glynn, 2010; Dunkel-Schetter, 2011). En plus de la morbidité à court terme, la maladie mentale maternelle peut avoir un impact négatif sur le fonctionnement familial et le développement cognitif, émotionnel, social et comportemental des enfants (Dennis & Hodnett, 2007; Talge *et al.*, 2007).

Les femmes ont un contact régulier avec les services de santé pendant la période périnatale et les sages-femmes ont un rôle privilégié dans l'éducation et le soutien des femmes au sujet de leur santé mentale et de leur bien-être, ainsi que pour l'identification des femmes à risque : celles qui vivent un stress plus important, celles qui ont un risque plus important de développer des problèmes de maladie mentale ou celles qui ont déjà un diagnostic de maladie mentale. Selon le rapport final Midwifery 2020, la sage-femme est le professionnel de santé clé pour la promotion du bien-être des femmes qui ont une grossesse normale mais aussi la coordinatrice essentielle du parcours de toutes les femmes enceintes. Ce rôle de coordination garantit la référence des femmes aux services adéquats afin qu'une surveillance holistique puisse optimiser l'expérience de chaque femme quels que soient ses facteurs de risque (Midwifery 2020 Final Report, 2010). Ce principe est aussi identifié par le rapport du Centre d'enquêtes confidentielles sur la mortalité maternelle et infantile (Lewis, 2011) qui recommande que la sage-femme puisse directement référer des femmes vers les services psychiatriques afin

que celles-ci ne soient pas perdues dans le système de soins. Ceci étant dit, il est important d'être clair sur les interventions effectives qui permettraient aux sages-femmes d'offrir un soutien approprié et une coordination efficace des soins de santé mentale et de bien-être. Les lacunes de connaissances devraient aussi être identifiées afin que des données probantes puissent faire des recommandations sur les études à développer sur le rôle de la maïeutique dans le contexte du soutien à la santé mentale et le bien-être maternels.

Cette revue systématique de revues systématiques a été entreprise dans le cadre d'une plus importante étude sur le rôle de la sage-femme et la santé publique pour Midwifery 2020 (McNeill *et al.*, 2010). La revue a exploré l'éducation, le soutien et le rôle de dépistage de la sage-femme pendant le cycle reproductif qui va de la période pré-conceptuelle à la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Avec 2020 en mire, la revue a examiné les interventions qui font partie du rôle de la sage-femme et qui pourraient être renforcées afin de mieux développer son aspect santé publique. En accord avec les principes du conseil de l'ordre, le Royal College of Midwives (RCM) stipule qu'il est utile que les sages-femmes acquièrent de nouvelles compétences afin de pouvoir offrir un plus grand éventail d'options pendant la grossesse, y compris des thérapies non-invasives (RCM, 2007). Cette revue a donc inclus des interventions qui pourraient faire partie du rôle de la sage-femme qui aurait suivi une formation complémentaire.

Les contraintes de temps et de financement sont telles qu'une revue systématique de revues systématiques constitue une approche et un résumé cohérents des revues et permet de comparer et contraster les résultats de chaque revue et donc d'avoir une meilleure analyse de l'ensemble des interventions en santé mentale. L'objectif spécifique de cette revue a été d'identifier quelles interventions non-invasives pendant la période postnatale pourraient permettre aux sages-femmes d'offrir des soins effectifs aux femmes dans le cadre de la santé mentale et du bien-être maternels.

Méthodes

Stratégie de recherche de la littérature

Neuf bases de données ont été explorées : MEDLINE, PubMed, EBSCO (CINAHL/British Nursing Index), MIDIRS Online Database, Web of Science, The Cochrane Library, CRD (NHS EED/DARE/HTA), Joanna Briggs Institute et EconLit. Une stratégie d'exploration systématique a été formulée avec des termes MeSH et autres mots apparentés pour les aspects suivants: maïeutique, objectifs de l'étude, méthode et santé mentale (Figure 1).

Termes MeSH

Midwifery (Maïeutique)

Midwifery / Obstetric nursing (Maïeutique / Nursing obstétrical)
Community Health Nursing (Soins de santé infirmiers à domicile)
Pregnancy / Pregnant women (Grossesse / Femmes enceintes)

Prenatal care (Surveillance prénatale)

Care, postnatal (Soins, postnatal)

Study aim (Objectif de l'étude)

Evidence-based practice (pratique basée sur données probantes)

Health promotion (Promotion de la santé)

Costs et cost analysis (Coûts et analyse économique)

Cost-Benefit Analysis (Analyse coût-bénéfice)

Study design (Conception de l'étude)

Revue

Méta-analyse

Mental health (Santé mentale)

Depression (Dépression)

Depression, postpartum (Dépression, postpartum)

Mental health (Santé mentale)

Mental disorders (Troubles mentaux)

Stress, psychological / Anxiety (Stress, psychologique / Anxiété)

Stress disorders, post-traumatic (Troubles liés au stress, post-traumatiques)

Mood disorders (Troubles de l'humeur)

Additional, associated text words (Mots supplémentaires associés au texte)

Midwife/ves / certified nurse midwife (Sage/s-femme/s / infirmière sage-femme certifiée)

Community midwife/ves (Sage/s-femme/s travaillant à domicile)

Antenatal care / services (Soins / services prénatals)

(Supportive) Intervention/s (Intervention/s (de soutien)

Prevention/s (Prévention/s)

Cost evaluation (Evaluation des coûts)

Cost effectiveness / economic evaluation (rentabilité / analyse économique)

Literature review (Revue de la littérature)

Systematic review (Revue systématique)

Pre-existing mental illness (Maladie mentale pré-existante)

Well-being / wellbeing / wellness (Bien-être)

Postpartum psychosis (Psychose puerpérale)

Les critères d'inclusion ont été les articles publiés depuis 1999, des publications en anglais et en provenance de pays développés membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE). Les revues qui ne précisaient pas clairement la stratégie d'exploration de la littérature ou n'identifiaient pas les termes de recherche ou les bases de données utilisées ont été exclues. Les mots clés utilisés pour la stratégie d'exploration furent discutés et approuvés par le groupe consultatif de l'étude et le groupe de travail de la partie Santé Publique du programme Midwifery 2020. Les interventions qui pourraient être utilisées ou coordonnées par une sage-femme ont inclus les termes éducation, dépistage et soutien. La possibilité d'ambiguïté sur le rôle de la sage-femme fut discutée avec l'équipe (qui comprenait une sage-femme et deux autres professionnels avec une expérience considérable de recherche en maïeutique). Là où ils ne pouvaient arriver à un consensus, la décision finale est revenue au groupe consultatif.

Les critères d'exclusion suivants ont été appliqués : revues sur des interventions spécifiquement obstétricales plutôt que maïeutique pendant la grossesse, et celles qui n'étaient pas directement liées à la santé mentale et au bien-être des femmes pendant la période allant de la grossesse à la période postnatale. Les revues d'interventions exigeant une formation professionnelle prolongée, par exemple des interventions psychothérapeutiques, ont elles aussi été exclues sauf si elles faisaient partie d'une revue plus importante.

L'exploration de la littérature initiale a été entreprise en novembre 2009, avec une mise à jour en octobre 2010. L'exploration initiale faisait partie d'une revue de revues plus importante, dont la méthode et les résultats ont été publiés ailleurs (McNeill *et al.*, 2010). Une revue de la littérature plus importante de la santé mentale maternelle pendant la période pré- et postnatale qui dépasse cette revue-ci sur le rôle de la sage-femme dans le cadre de la santé mentale et du bien-être a été publiée dans les recommandations de NICE (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007).

Extraction des données

Les données ont été extraites indépendamment à l'aide d'un formulaire de collecte de données qui a inclus l'information sur le nombre d'articles revus, la période de la revue, les objectifs, les résultats et les recommandations clés. Un des auteurs de la revue a indépendamment évalué toutes les études potentielles qui remplissaient les critères d'inclusion, ce qui fut alors vérifié par un deuxième auteur. Les données furent alors extraites du formulaire de collecte des données par le premier auteur. Toute ambiguïté ou désaccord a été négocié par discussion. Les tableaux qui résument les données (Tableau 1) ont été rédigés de façon à illustrer les données principales de chaque étude et ces résultats ont été organisés en groupes thématiques.

Figure 1 - Mots utilisés pour l'exploration de la littérature

Tableau 1 - Revues sur la santé mentale et le bien-être incluses (n = 32)

Auteur(s)	Nombre d'articles inclus (période)	Intervention	Résultats santé mentale	Résultats principaux	Méta-analyse (oui/non)	Niveau de qualité
Période prénatale						
<i>Dépistage des problèmes de santé mentale</i>						
Austin et al. (2008)	2 (-2008)	Evaluation psychosociale prénatale	Symptomatologie psychiatrique Scores d'anxiété et de dépression	Pas d'effets significatifs sur dépression, anxiété Tendance à amélioration de la prise de conscience des facteurs de risque	Non	Haute
<i>Intervention pour le traitement prénatal - dépression et anxiété</i>						
Beddoe & Lee (2008)	12 (1980-2007)	Interventions corps-esprit pendant la grossesse	Perception de stress, humeur et résultats périnataux	Etudes ont inclus psycho-éducation (3), relaxation (7) et yoga et médication (2) Importante hétérogénéité de méthodologie, petits échantillons, piètre qualité - résultats non concluants	Non	Faible
Dennis & Allen (2008)	1 (1966-2007)	Interventions non-pharmacologiques/psychosociales/psychologiques pour le traitement de la dépression prénatale	Dépression prénatale/postnatale Mortalité maternelle	Une seule petite étude comprenant massage et acupuncture. Résultats non concluants.	Non	Haute
Dennis et al. (2007)	1 (1966-2006)	Interventions psychosociales et psychologiques pour le traitement de la dépression prénatale	Dépression prénatale/postnatale Mortalité maternelle	Psychothérapie interpersonnelle comparée à un programme d'éducation parentale associée à une réduction du risque de symptômes dépressifs immédiatement après le traitement	Non	Haute
Période postnatale						
<i>Dépistage postnatal des problèmes de santé mentale</i>						
Hewitt & Gilbody (2009)	4 (-2007)	Identification de symptômes dépressifs pendant la période prénatale et postnatale (tous utilisant le EPDS)	Réduction du score EPDS postnatal et efficacité économique	Méta-analyse a démontré que l'utilisation du EPDS avait un effet bénéfique sur le score EPDS (OR 0,61 CI 0,48-0,76). Interprétation difficile parce que deux des quatre études comprenaient aussi une surveillance améliorée	Oui	Haute
<i>Interventions pour la prévention de la dépression postnatale</i>						
Austin (2003)	5 (1995-2001)	Interventions ciblées pour groupes périnataux	Scores de dépression, classification DSM-IV	Une étude a montré des effets significatifs sur les scores EPDS pour les primipares	Non	Moyenne
Bick (2003)	12 (1990-2002)	Soins de sages-femmes (et autres travailleurs de santé) pour prévenir ou réduire les problèmes psychologiques postnatals	Scores de dépression, questions sur la santé psychologique	5/12 études ont montré des effets positifs sur la prévention de la dépression postnatale	Non	Moyenne
Boath et al. (2005)	21 (1966-2003)	Large panoplie d'interventions destinées à prévenir la dépression, y compris interventions de soutien psychologique et social	Dépression postnatale	9/12 études ont montré un effet positif à court terme sur la prévention de la dépression postnatale. Données probantes sur l'effet dans un essai sur la prolongation du suivi par sages-femmes spécialistes. Etudes de qualité variable.	Non	Haute
Cliska et al. (2001)	20 (1980-1998)	Visite à domicile pendant la période prénatale et postnatale	Pas spécifiées dans la panoplie des méthodes sur les résultats maternels et infantiles	Aucun effet négatif rapporté pour les visites à domicile. Effets positifs rapportés, y compris santé physique et mentale, développement d'habitudes saines et connaissances et utilisation des services maternels et infantiles. Résultats non concluants. Etudes de qualité variable.	Non	Haute

Auteur(s)	Nombre d'articles inclus (période)	Intervention	Résultats santé mentale	Résultats principaux	Méta-analyse (oui/non)	Niveau de qualité
Dennis (2004a)	29 (1966-2003)	Interventions non biologiques pour la prévention de la dépression postnatale	Evaluation des résultats postnatals	Les interventions ont inclus la psychothérapie interpersonnelle, thérapie cognitive comportementaliste, mise au point psychologique, préparation prénatale, soutien intrapartal, interactions de soutien, continuité des soins, identifications prénatales et notification, suivi postnatal précoce, suivi postnatal flexible, relaxation par imagerie guidée. Données insuffisantes pour recommander une intervention spécifique.	Non	Haute
Dennis & Creedy (2004)	15 (1966-2004)	Intervention psychosociales et psychologiques pour prévenir la dépression postnatale	Dépression/Psychose postnatale	Les femmes qui ont reçu un soutien psychosocial avaient le même risque de dépression que les femmes qui avaient reçu les soins normaux (RR 0,81, CI 0,65-1,02)	Oui	Haute
Lumley et al. (2004)	42 (1980-2003)	Interventions non pharmaceutiques et non hormonales pour réduire la dépression postnatale	Mortalité maternelle	Identification des mères à risque a contribué à la prévention de la dépression postnatale (RR 0,67, CI 0,51-0,89) Interventions avec seulement une seule composante postnatale plus avantageuse que celles qui ont aussi inclus une composante prénatale (RR 0,76, CI 0,59-1,00) Aucun effet préventif d'une mise au point psychologique (RR 0,57, CI 0,31-1,04) Une intervention de conseil postnatal aux femmes qui souffrent ou souffrent potentiellement de dépression réduit considérablement les symptômes de dépression et la dépression avec un NNT (Nombre de sujets Nécessaires de Traiter) de 2 ou 3. La surveillance postnatale à domicile par la sage-femme a un NNT de 14. La continuité des soins, le soutien d'une doula pendant le travail, le soutien d'une infirmière pendant le travail, mise au point postnatale par la sage-femme, les interventions destinées à améliorer les interventions mère-enfant ne peuvent pas être recommandées comme stratégies destinées à réduire la dépression postnatale.	Oui	Haute
Ogridniczuk & Piper (2003)	19 (1990-2003)	Interventions destinées à prévenir la dépression postnatale	Dépression postnatale	Les résultats étaient partagés. 13/19 études étaient basées sur la pratique de la sage-femme et plusieurs soutiennent les interventions basées sur le rôle de la sage-femme pour les femmes pendant la période prénatale aussi bien que postnatale	Non	Moyenne
Mise au point postnatale Gamble et al. (2002)	3 (1982-2000)	Mise au point postnatale et counseling non directif	Morbidité psychologique postnatale	Importante variabilité des études en terme de méthodes; définitions de ce que constituait la mise au point et les mesures utilisées pour les résultats. Généralement pas d'évidence d'effet.	No	Moyenne

Auteur(s)	Nombre d'articles inclus (période)	Intervention	Résultats santé mentale	Résultats principaux	Méta-analyse (oui/non)	Niveau de qualité
Gamble & Creedy (2004)	19 (1966-2003)	Contenu et processus de counseling postnatal	Description des interventions	La plupart des études recommande une approche interpersonnelle du counseling mais les résultats sont descriptifs plutôt qu'évaluatifs.	Non	Faible
Lapp et al. (2010)	9 (-Février 2010)	Interventions postnatales pour désordres de stress post-traumatiques	Symptômes de stress post-traumatiques après l'accouchement	Six essais randomisés contrôlés et un essai randomisé contrôlé pilote sur la mise au point postnatale, on rapporte de cas sur la thérapie cognitive comportementale et une étude pilote sur la désensibilisation et retraitement des mouvements oculaires. Les résultats étaient généralement non concluants.	Non	Haute
Rowan et al. (2007)	8 (1990-2006)	Interventions de mise au point postnatale	Problèmes de santé mentale maternelle	Généralement pas d'évidence d'effet. 2/8 études ont montré un effet (un sur le counseling dirigé par la sage-femme et l'autre sur la mise au point dirigée par la sage-femme). Qualité méthodologique variable.	Non	Moyenne
<i>Traitement de la dépression postnatale</i>						
Bletsoe & Grote (2006)	11 (1997-2004)	Traitement pour les femmes souffrant de dépression pendant la grossesse et la période postnatale	Problèmes de santé mentale maternelle	Méta-analyse de l'effet traitement versus contrôle pour toutes les interventions 0,673 ($p < 0.001$). Les effets étaient cependant plus importants pour l'association de médicaments et thérapies psychologiques. Aucune des trois interventions de counseling et éducation n'ont démontré un effet significatif.	Non	Moyenne
Boath & Henshaw (2001)	30 (1964-2000)	Traitement de femmes souffrant de dépression postnatale	Rapport personnel de dépression et de symptomatologie dépressive	Résultats non concluants. Etudes de qualité et de méthodologie variable.	Non	Moyenne
Dennis (2004b)	21 (1966-2003)	Interventions non biologiques pour le traitement de la dépression postnatale	Dépression postnatale jusqu'à un an après la naissance	Une panoplie d'interventions ont été identifiées - thérapie interpersonnelle, thérapie cognitive et comportementale, thérapie massage relaxation, interactions sommeil de l'enfant, thérapie de relations mère-enfant, exercice physique. Les résultats ont été non concluants et les études de qualité variable.	Non	Haute
Dennis & Hodnett (2007)	10 (1966-2006)	Interventions psychosociales et psychologiques postnatales	Dépression postnatale maternelle	Interventions psychologiques et psychosociales ont été effectives pour diminuer la symptomatologie dépressive, quelle que soit la méthode utilisée pour la mesurer, pendant la première année postnatale (RR 0,70, CI 0,6-0,81)	Oui	Haute
Daley et al. (2007)	5 (-2006)	Exercice physique	Dépression postnatale	Résultats non concluants. Etudes de qualité variable.	Non	Faible
Daley et al. (2009)	5 (-2008)	Exercice physique	Dépression postnatale	L'exercice physique réduit la dépression postnatale (RR -0,8, CI -0,64 à -0,35)	Oui	Haute
Freeman (2006)	4 (1965-2005)	Acides gras oméga-3	Troubles dépressifs sévères	Deux études démontrent une absence de données probantes	Non	Faible
Stevenson et al. (2010)	6 (1950-2008)	Thérapie cognitive comportementaliste de groupe	Dépression postnatale	Deux études montrent une efficacité potentielle 3/6 études ont montré que, comparée aux soins primaires de routine, aux soins normaux ou aux initiatives avec liste d'attente, cette thérapie de groupe était effective pour diminuer la dépression	Non	Haute

Auteur(s)	Nombre d'articles inclus (période)	Intervention	Résultats santé mentale	Résultats principaux	Méta-analyse (oui/non)	Niveau de qualité
<i>Programmes de préparation à la parentalité pour améliorer la santé mentale maternelle</i>						
Barlow et al. (2003)	26 (1970-2002)	Programmes de préparation à la parentalité en groupes	Santé psychosociale (anxiété, dépression, soutien social, estime de soi, relations avec partenaire)	Méta-analyse de cinq résultats des programmes de parentalité effectifs pour améliorer la dépression (Différence moyenne -0,26, CI -0,40 à -0,11) Efficace pour améliorer l'anxiété/stress (différence moyenne -0,4, CI -0,6 à -0,2) Pas d'effet évident pour l'amélioration du soutien social Efficace pour l'amélioration de l'estime de soi (différence moyenne -0,3, CI -0,5 à 0,1) Efficace pour améliorer la relation avec le partenaire (différence moyenne -0,4, CI -0,7 à -0,2)	Oui	Haute
Générique						
Austin & Priest (2005)	Nombre imprécis (1995-2005)	Détection et traitement des troubles de l'humeur et anxiété pendant la période postnatale	Impact des résultats périnataux sur les enfants	Les études sur l'effet des traitements de la dépression et l'anxiété sur les enfants ont été examinées. Les résultats ont généralement été peu concluants à cause d'une analyse de la qualité méthodologique limitée	Non	Faible
Borja-Hart & Marino (2010)	6 (2003-2008)	Acides gras oméga-3	Réduction de la dépression prénatale, périnatale et/ou postnatale, telle qu'elle est mesurée par les échelles de dépression (EPDS, HAM-D, BDI, MADRS)	Toutes les études ont montré un effet positif sur les scores de dépression; 3/6 études ont rapporté un effet positif significatif sur les scores de dépression comparé au placebo. Mais les limites méthodologiques comprennent de petits échantillons, des doses d'oméga-3 variables, des études courtes et l'absence de groupes de contrôle.	Non	Faible
D'Souza & Garcia (2004)	9/48 (1990-2003)	Femmes enceintes désavantagées	Résultats périnataux	Résultats non concluants. Les interventions prometteuses comprennent: soutien professionnel et laïc pour le traitement de la dépression postnatale, programmes de préparation à la parentalité, soins de santé primaire apporté par des sages-femmes travaillant à domicile et spécialement éduquées à ce rôle	Non	Faible
Leis et al. (2009)	6 (1989-2005)	Interventions à domicile pour prévenir et traiter la dépression postnatale	Dépistage et traitement de la dépression postnatale	4/6 études démontrent des effets positifs. Les quatre études ont examiné les traitements psychologiques.	Non	Haute
Matthey (2004)	Nombre imprécis (2002-2003)	Instruments de dépistage de la dépression postnatale	Dépistage et traitement de la dépression postnatale	Peu concluant vis-à-vis du dépistage et du traitement de la dépression postnatale	Non	Faible
Morelli (2006)	37 (1966-2005)	Prévention et traitement de la dépression postnatale	Rapport maternels sur l'état de santé	Peu concluants parce que les méthodes et les analyses des données de ces études étaient limitées	Non	Moyenne

Evaluation de la qualité des données

La qualité méthodologique des données a été évaluée selon les critères de Smith *et al.* (2011). Pour qu'une revue soit jugée de "haute qualité", elle doit démontrer la stratégie d'exploration de la littérature, les critères d'inclusion et d'exclusion, l'évaluation des biais de publication et d'hétérogénéité notés dans les méthodes et les résultats. Une revue est jugée de "qualité moyenne" si elle démontre la stratégie d'exploration de la littérature, les critères d'inclusion et d'exclusion, mais pas d'évaluation des biais ou de l'hétérogénéité. Une revue est jugée de "faible qualité" si elle indiquait la stratégie d'exploration de la littérature, mais sans démonstration des autres critères de qualité. Un réviseur a indépendamment attribué un score de qualité à chaque revue et il a ensuite été vérifié par le biais d'une discussion avec les deux autres réviseurs.

Résultats

L'exploration de la littérature a mis en évidence 2497 résumés qui ont été examinés quant à leur importance sur la santé mentale et le bien-être maternels et l'utilisation d'une méthodologie de revue systématique. Le texte complet de 194 revues a été obtenu et 32 articles ont été identifiés. Ils relatent des interventions qui pourraient être utilisées ou coordonnées par des sages-femmes

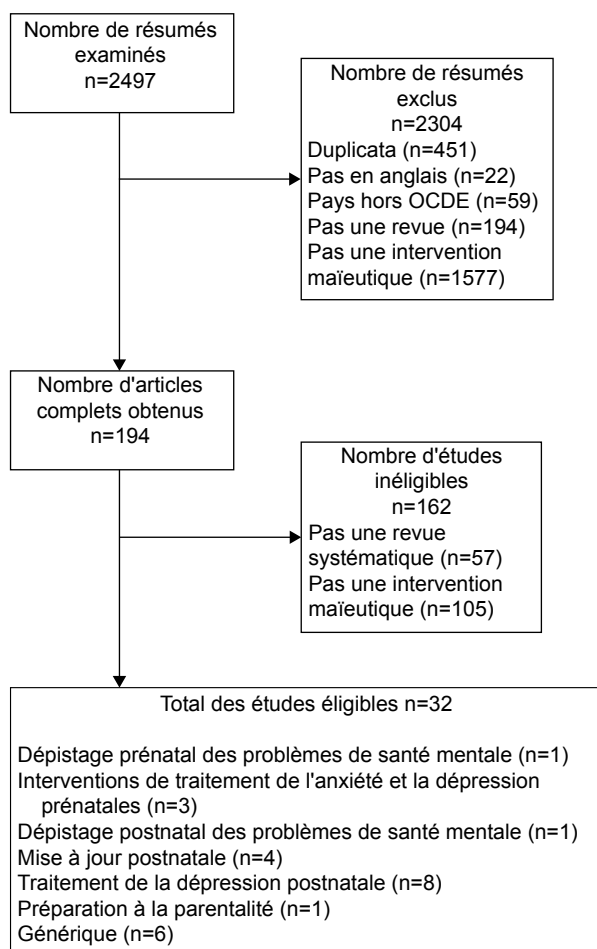


Figure 2 - Résultats de l'exploration de la littérature et processus de filtrage

dans le cadre de certains aspects de la santé mentale et du bien-être maternels, et ce de la période prénatale à la période postnatale et les articles contiennent une stratégie d'exploration de la littérature. Les détails complets des différents stades de cette exploration sont identifiés dans la Figure 2.

Les 32 revues ont alors été organisées selon qu'elles traitaient d'aspects de la période prénatale ou postnatale (voir Figure 2). Six revues plus génériques ont couvert plus qu'un aspect de la santé mentale et ont donc été introduites dans une des sept sections pour lesquelles elles apportaient le plus de données. Huit revues ont aussi inclus une méta-analyse. Les résultats principaux sont résumés dans le Tableau 1.

Période prénatale

Dépistage prénatal des problèmes de santé mentale

Une revue Cochrane sur l'évaluation psychosociale prénatale destinée à réduire les maladies mentales pendant la période périnatale n'a pas soutenu l'utilisation d'outils de dépistage destinés à identifier la maladie mentale pendant la grossesse (Austin *et al.*, 2008). L'Echelle de dépression postpartum d'Edimbourg (EPDS) est largement utilisée pour dépister les symptômes de dépression postnatale et un score de 9-10 est utilisé comme seuil de risque de dépression maternelle postnatale. Deux petites études, avec des limites méthodologiques importantes, ont rapporté une absence de données probantes qui justifieraient l'utilisation d'instruments de dépistage pour améliorer la santé mentale maternelle, telle qu'elle est mesurée par l'EPDS.

Interventions pour le traitement de la dépression et de l'anxiété prénatales

Trois revues des traitements de la dépression et anxiété prénatales ont été identifiés (Dennis *et al.*, 2007; Beddoe & Lee, 2008; Dennis & Allen, 2008). La revue Cochrane de Dennis *et al.* (2007) sur les interventions psychologiques et psychosociales pour le traitement de la dépression prénatale n'a trouvé qu'un seul essai randomisé contrôlé sur l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle pour le traitement de femmes enceintes dépressives. Bien que le groupe psychothérapie ait eu une réduction des scores EPDS immédiatement après le traitement comparé au groupe d'éducation à la parentalité, l'essai était trop petit pour en tirer de quelconques conclusions. L'intervention avait aussi été conduite par un thérapeute qualifié, ce qui n'entre pas dans la pratique quotidienne de la sage-femme.

Dennis & Allen (2008) ont entrepris une revue de haute qualité sur des interventions autres que des interventions non-pharmacologiques/psychosociales/psychologiques et délivrées par des professionnels ou non-professionnels. Un petit essai à trois branches (deux autres n'avaient pas la qualité méthodologique requise pour inclusion)

a examiné le massage et l'acuponcture spécifiquement destinés à traiter la dépression, mais aucun de ces deux traitements n'a été effectif pour réduire les symptômes dépressifs.

Une revue de Beddoe & Lee (2008) suggère qu'il existe quelques données probantes provenant d'études de faible qualité qui suggèreraient que les femmes enceintes pourraient bénéficier de thérapies corps-esprit, par ex. psycho-éducation, relaxation, yoga et méditation associés à une surveillance prénatale conventionnelle. Les études disponibles suggèrent que ces interventions pourraient réduire le stress et l'anxiété, augmenter le poids de naissance et réduire la longueur du travail (Beddoe & Lee, 2008). Les données probantes sont cependant limitées par la petite taille de l'essai et le manque de groupe contrôle et devraient donc être interprétées avec précaution.

Période postnatale

Dépistage postnatal des problèmes de santé mentale

Une revue sur le dépistage postnatal des problèmes de santé mentale fut identifiée (Hewitt & Gilbody, 2009; elle est aussi rapportée dans Hewitt *et al.*, 2009) et une autre revue générale a fourni des données sur cet aspect (Matthey, 2004). Hewitt & Gilbody (2009) ont identifié quatre études sur le dépistage, toutes basées sur l'utilisation de l'EPDS. Deux de ces études ont étudié le seuil de dépistage de l'EPDS à six semaines et deux ont étudié les scores d'EPDS à 16 semaines. La méta-analyse démontre une réduction significative du EPDS, ce qui suggère une réduction du risque de dépression postnatale. Ils observent cependant que l'utilisation d'un outil de dépistage formel pour l'identification de la dépression postnatale a été compliquée dans plusieurs études parce que l'intervention de dépistage avait souvent fait partie d'un ensemble de mesures de soins supplémentaires, telles que counseling ou formation à l'approche par entretien. Hewitt & Gilbody (2009) en concluent qu'il n'y pas assez de données probantes pour justifier l'utilisation du EPDS pour la détection de la dépression prénatale et l'amélioration de la santé et du bien-être maternels et néonataux. Matthey (2004) apporte des données probantes sur la détection et le traitement de la dépression postnatale (y compris anxiété) et suggère que l'anxiété et la dépression devraient être évaluées chez les nouvelles mères et les nouveaux pères. Mais cette revue a été classée comme étant de faible qualité méthodologique parce qu'elle n'a pas rapporté les critères d'inclusion et d'exclusion, l'évaluation des critères de biais et d'hétérogénéité.

Interventions de prévention de la dépression postnatale

La revue Cochrane de Dennis & Creedy (2004) qui examinent huit revues sur le sujet (Ciliska *et al.*, 2001; Austin, 2003; Bick, 2003; Ogrodniczuk & Piper, 2003;

Dennis & Creedy, 2004; Lumley *et al.*, 2004; Dennis, 2004a; Boath *et al.*, 2005) propose les meilleures données. La qualité méthodologique de cette revue est bonne et toutes les interventions, sauf une, sont dispensées par des professionnels de santé. La revue résume les résultats de 15 essais comprenant 7697 femmes dans quatre pays et circonstances diverses. Les classes prénatales qui ont ciblé la dépression postnatale n'ont pas démontré d'effet préventif. Les données probantes sur la psychothérapie interpersonnelle et le soutien non-professionnel sont incertaines. Les données probantes préliminaires sur l'effet d'un suivi postnatal précoce suggèrent aussi que cette approche n'a pas d'effet préventif sur la dépression postnatale. Il existe cependant quelques données probantes qui suggèrent que le suivi intensif par des infirmières à domicile pour les mères à risque pourrait avoir un effet protecteur pendant les six premières semaines du postpartum (Amstrong *et al.*, 1999). La revue de Ciliska *et al.* (2001), bien que moins rigoureuse, soutient aussi ce résultat.

Cinq des revues consacrées à cet aspect ont exploré des données probantes plus générales, y compris les interventions psychologiques et sociales, la thérapie interpersonnelle, l'interrogation sur le stress postnatal, l'information et la discussion/éducation, la restructuration des services de maïeutique et autres, les soins personnalisés à domicile, le raitement hormonal préventif, le traitement antidépressif préventif et les interventions diététiques (Bick, 2003; Ogrodniczuk & Piper, 2003; Lumley *et al.*, 2004; Dennis, 2004a; Boath *et al.*, 2005).

Dennis (2004a) propose une large revue de 29 interventions non-biologiques par méthodes quasi-expérimentales et essais randomisés contrôlés; ses conclusions sont semblables à celles de la revue Cochrane (Dennis & Creedy, 2004). Lumley *et al.* (2004) ont entrepris une large revue systématique et une méta-analyse de 42 essais qui ont exclu les interventions pharmaceutiques ou hormonales. La revue conclut que seules des interventions postnatales pour les femmes à risque de dépression ont un impact important. Ainsi donc, sur base de la revue des données probantes disponibles, seules les interventions de counseling postnatal par une variété de professionnels pour les femmes à risque de dépression postnatale ont été efficaces, mais les interventions universelles ont été considérées comme étant inefficaces. Les soins prodigués par la sage-femme à domicile pendant la période postnatale ont aussi significativement réduit les symptômes de dépression postnatale. Cependant la continuité de soins, le soutien d'une doula pendant le travail, le soutien d'une infirmière pendant le travail, le debriefing postnatal par une sage-femme, les interventions destinées à améliorer les interactions mère-enfant ne peuvent être recommandées comme stratégies destinées à réduire la dépression postnatale.

Boath *et al.* (2005) ont entrepris une revue de 21 essais randomisés contrôlés qui étaient cependant trop divers pour entreprendre une méta-analyse; il n'y avait pas non plus d'analyse de biais ou d'hétérogénéité. Quinze de

ces essais ont examiné le soutien psychologique et social et ont inclus des essais semblables à ceux rapportés par Dennis & Creedy (2004) bien que les deux revues aient appliqué des critères d'exclusion différents. Un petit essai identifié dans la catégorie de restructuration des services de maïeutique et autres a examiné une surveillance prolongée par des sages-femmes spécialisées qui a été associée à une diminution du score de EPDS à quatre mois de la période postnatale comparé aux groupes contrôles.

Les revues de Ogrodniczuk & Piper (2003) et Bick (2003) identifient plusieurs interventions en maïeutique. La revue de Bick (2003) comprend 12 études et examine particulièrement la surveillance par la sage-femme pour la prévention et la réduction des problèmes de santé psychologique postnatale. Bick conclut que la mise en œuvre de nouveaux modèles de pratique maïeutique a été accompagnée de bénéfices significatifs pour le bien-être psychologique postnatal bien que des données complémentaires soient encore nécessaires pour confirmer ces premiers résultats. Ogrodniczuk & Piper (2003) ont identifié 19 études qui ont examiné des interventions pour les femmes enceintes en général et des interventions qui ciblaient plus particulièrement des femmes à haut risque. Treize des 19 études de cette revue ont inclus une forme de soins par une sage-femme ou par quelqu'un qui remplissait un rôle apparenté à celui de la sage-femme. Bien que les résultats généraux n'aient pas été concluants, ils ont mis en évidence quelques interventions en maïeutique basées sur la gestion "faite sur mesure" et assurant la continuité des soins qui sont très prometteuses. La qualité de cette revue n'a pas pu être évaluée parce qu'elle ne contient pas assez d'information sur les études individuelles.

La dernière revue de cette section est celle de Austin (2003) qui a examiné la prévention prénatale de la dépression postnatale en groupes spécifiquement ciblés; elle a identifié cinq études. Une de ces études a utilisé une éducatrice sage-femme responsable du groupe alors que les autres ont utilisé des psychologues ($n = 3$) et une infirmière psychiatrique. Deux des cinq interventions ont rapporté des effets significatifs; une étude de petite taille sur la thérapie interpersonnelle et une autre comprenant six entretiens hebdomadaires avec une infirmière psychiatrique ont démontré un effet positif pour les femmes primipares. Les études étaient généralement de petite taille et des problèmes méthodologiques sur la définition des femmes à risque de dépression postnatale ont été identifiés.

Mise au point postnatale

Trois revues de mise au point postnatale (debriefing) ont été identifiées (Gamble *et al.*, 2002; Gamble & Creedy, 2004; Rowan *et al.*, 2007). Une revue supplémentaire (Lapp *et al.*, 2010) qui a examiné la gestion du stress post-traumatique après la naissance a aussi ciblé plus précisément les interventions de mise au point et de counseling. Gamble *et al.* (2002) ont défini la mise au point très spécifiquement comme étant un entretien

unique de mise au point ou une séance de counseling non-directif dont l'objectif était de réduire les symptômes de dépression ou de stress traumatique pendant les premiers jours après la naissance. Bien que les études retenues suggèrent que le counseling devrait être offert pendant les premiers jours ou semaines suivant l'accouchement, ceci n'était pas toujours clair. Gamble & Creedy (2004) et Rowan *et al.* (2007) et Lapp *et al.* (2010) ont entrepris des revues dont les définitions étaient plus larges et reflétaient les définitions plus générales que l'on retrouve dans la littérature contemporaine sur ce genre d'interventions. Il faut aussi noter que beaucoup d'essais randomisés contrôlés et d'études de cohorte ont utilisé la dépression comme résultats plutôt que le EPDS (Gamble *et al.*, 2002). Rowan *et al.* (2007) ont identifié huit essais randomisés contrôlés sur la mise au point ou le counseling postnatal dans des services de naissances, dont sept au Royaume Uni. Les résultats d'un essai ont rapporté des effets potentiellement nocifs à court terme; deux essais ont rapporté une association positive pour une intervention psychologique alors que les autres n'ont montré aucune différence. Lapp *et al.* (2010) ont identifié sept interventions de mise au point ou de counseling après la naissance; les revues ont généralement conclu que les données probantes étaient insuffisantes pour soutenir l'utilisation d'une mise au point postnatale systématique. Le moment de l'intervention n'était pas toujours clair et quelques études ont décrit l'introduction du counseling à n'importe quel moment après la naissance, même plusieurs années plus tard (Gamble & Creedy, 2004).

Traitement de la dépression postnatale

Huit revues du traitement de la dépression postnatale ont été identifiées (Boath & Henshaw, 2001; Dennis 2004b; Bledsoe & Grote, 2006; Freeman, 2006; Dennis & Hodnett, 2007; Daley *et al.*, 2007, 2009; Stevenson *et al.*, 2010). La revue de Borja-Hatt & Marino (2010) apporte des données sur la dépression périnatale en général et trois autres revues apportent aussi une information sur la prévention et le traitement de la dépression postnatale (Austin & Priest, 2005; Morrell, 2006; Leis *et al.*, 2009). Une panoplie d'approches thérapeutiques, y compris pharmacologiques, psychologiques, psychosociales et hormonales, ont été identifiées dans la revue de Boath & Henshaw (2001). Cependant, il n'y avait que peu de données présentées dans ces revues sur les méthodes et le recrutement, et les résultats de la revue n'étaient pas concluants. Dennis (2004b) a entrepris une large revue des interventions sur la thérapie interpersonnelle, les interventions de soutien, les interventions mère-enfant et les exercices maternels. La revue a identifié 21 articles. Les limites méthodologiques - manque d'essai randomisé contrôlé, échantillons trop petits ou manque de groupe contrôle - n'ont pas permis d'arriver à des conclusions définitives. Cependant la revue de neuf essais par Dennis & Hodnett (2007) (portant sur 956 femmes) a trouvé que toute intervention psychosociale ou psychologique était associée à une diminution du risque de dépression prolongée comparé à la surveillance postnatale habituelle. Des conclusions définitives n'ont

pas pu être établies sur l'efficacité de ces différentes approches à cause de méthodes de faible qualité, de la diversité des cadres d'intervention et des échantillons trop petits.

Les résultats de cette revue sont supportés par Bledsoe & Grote (2006), bien que leur revue comprenne des études moins rigoureuses. Des essais qui avaient sélectionné des participantes sur base d'un diagnostic de dépression étaient aussi effectifs pour diminuer les symptômes de dépression que ceux dont les participantes avaient été sélectionnées sur base d'une auto-évaluation de la dépression. Toutes les interventions étaient face à face et par un professionnel de santé, sauf un essai avec soutien téléphonique par des pairs. Les interventions psychosociales ont inclus le soutien par pair et le counseling non directif. Toute une série d'interventions psychologiques ont été incluses, par ex. thérapie comportementale et cognitive qui requiert généralement une formation qui ne fait pas partie de l'éducation de la sage-femme. Une revue d'un Health Technology Assessment par Stevenson *et al.* (2010) a rapporté les résultats de six études de thérapie comportementale et cognitive de groupes. Trois études ont démontré une réduction de la dépression comparée à l'approche de soins primaires normale, mais sans informations suffisantes sur la méthode d'évaluation de la thérapie et la façon de la comparer à d'autres traitements de la dépression postnatale.

La revue des interventions destinées à prévenir ou traiter la dépression postnatale de Morrell (2006) a trouvé 37 études peu concluantes. Ces études avaient des périodes de recrutement qui allaient de quelques jours à dix-huit mois après la naissance. La revue de Leis *et al.* (2009) a examiné des essais randomisés contrôlés d'interventions psychologiques à domicile sur la prévention et le traitement de la dépression postnatale; les études de cette revue et de celles de la revue de Morrell (2006) se chevauchent. La revue de Austin & Priest (2005) donne plus d'information générale sur les effets des traitements mais les résultats sont peu concluants à cause du manque de précision des questions et de la qualité de la revue.

D'autres interventions ont été mises en œuvre pour traiter les maladies mentales, y compris exercices, régime alimentaire et thérapies complémentaires. Daley *et al.* (2007) ont identifié deux essais qui ont exploré le rôle de l'exercice physique dans le traitement de la dépression postnatale. Cette publication a été mise à jour par Daley *et al.* (2009) avec une revue de cinq études qui ont examiné des interventions d'exercices comparées à d'autres traitements/pas de traitement pour les femmes souffrant de dépression postnatale. L'hétérogénéité des études ne permet pas de tirer une conclusion claire de l'effet des exercices sur la réduction des symptômes de la dépression postnatale. Freeman (2006) a entrepris une revue de l'effets des acides gras Oméga-3 sur la dépression postnatale et a identifié quatre études; deux ont évalué leur efficacité dans le contexte de la prévention de la dépression postnatale et deux leur

utilisation dans le cadre du traitement aigu. Les études incluses étaient petites et les résultats peu concluants. Une revue de Borja-Hart & Marino (2010) a identifié sept études sur l'utilisation des acides gras Oméga-3 pour la prévention ou le traitement de la dépression postnatale. Six seulement ont été revues parce qu'un essai avait été abandonné à cause de la rechute des symptômes dépressifs. Comme dans la revue de Freeman (2006) les résultats n'ont pas été concluants à cause de la taille des essais, des dosages variables et de la durée des études.

Programmes de parentalité pour améliorer la santé mentale maternelle

Une excellente revue Cochrane qui avait pour but d'examiner l'utilité des programmes de parentalité sur l'amélioration de la santé mentale maternelle a été identifiée par Barlow *et al.* (2003). Vingt-six études ont été incluses dans cette revue, avec un total de 64 résultats visant toute une panoplie de résultats psycho-sociaux: dépression, anxiété/stress, estime de soi, morbidité psychiatrique. Les données étaient suffisantes seulement pour une méta-analyse de cinq aspects (dépression, anxiété/stress, estime de soi, soutien social et relations avec époux/ajustement du couple). Les méta-analyses ont mis en évidence des différences statistiquement significatives dans le groupe intervention pour la dépression, l'anxiété/stress, estime de soi et relation avec époux/ajustement du couple. Tous les programmes examinés ont entraîné une amélioration de la santé psychosociale maternelle à court terme. Cependant, les effets à long terme devraient encore être évalués parce que les auteurs ont identifié un manque de données probantes suffisantes pour arriver à des conclusions fermes sur le rôle des programmes de parentalité dans la prévention des problèmes de santé mentale. Dans leur revue des femmes présentant des problèmes de santé mentale, D'Souza & Garcia (2004) ont identifié les programmes de préparation à la parentalité comme étant une intervention prometteuse pour ces femmes qui représentaient un sous-groupe de femmes en situation de précarité (neuf des 48 études de cette revue systématique). La revue comprend des revues systématiques et originales, mais sans évaluation de qualité.

Discussion

La qualité et le contenu des 32 revues identifiées dans cette revue varient considérablement. Beaucoup ont apporté des données sur les effets mais les résultats ont été compromis par la méthodologie ou la qualité des études incluses qui laissait à désirer. Généralement parlant, aucune revue n'a identifié une intervention de la période postnatale qui pourrait être définitivement recommandée en pratique clinique. Alors que quelques interventions semblent prometteuses, les échantillons des études incluses étaient trop petits et la panoplie des interventions trop hétérogène pour déterminer quelle intervention serait la plus efficace. Des interventions

qui bénéficieraient d'une étude plus approfondie ont été identifiées, par ex. les modèles de soins maïeutique pour la prévention de la dépression, les interventions psychologiques et psychosociales pour le traitement de la dépression postnatale, les interventions corps-esprit pendant la grossesse et l'exercice physique. La coordination/facilitation de programmes de préparation à la parentalité est aussi prometteuse pour la prévention de problèmes de santé mentale maternelle. Cependant, de plus amples études devraient être entreprises afin de développer des données probantes de haute qualité qui pourraient informer la formation, les politiques de santé et la pratique sur l'efficacité relative de ces différents traitements.

Il est clair que la plupart des interventions ont évalué les interventions sur la dépression plutôt que sur le stress et l'anxiété. Bon nombre des interventions identifiées exigeraient aussi une formation supplémentaire pour les sages-femmes, par ex. celles qui comprennent des interventions psychologiques et psychosociales. Les interventions spécifiquement associées à la maïeutique ne semblent pas être particulièrement intensives ou différer substantiellement des soins habituels, mais les revues identifient l'importance d'interventions qui seraient spécifiques aux besoins de la femme. D'autres approches de bien-être maternel pourraient être incluses dans des prochains essais randomisés contrôlés de modèles de soins maïeutique pour élucider ces résultats. En l'absence de données probantes claires, la priorité reste d'améliorer la prise de conscience de l'importance de la santé mentale maternelle et du potentiel du rôle de la sage-femme pour la promotion du bien-être maternel. Cette revue recommande que les sages-femmes utilisent toutes les occasions qui se présentent à elles pour informer et influencer un programme stratégique de recherche sur les interventions sur la santé mentale périnatale et pour être fortement impliquées dans le développement de cette stratégie qui serait basée sur l'essence même de leur rôle.

D'autres études sont nécessaires pour adresser l'absence de littérature sur les interventions efficaces pour la santé mentale et le bien-être maternels pendant la grossesse parce que ceci est la période de contact le plus intensif et donc une opportunité considérable pour améliorer le bien-être maternel. Comme les données probantes sur l'impact du stress et de l'anxiété sur la santé et le bien-être de la mère et de son fœtus à court et moyen terme sont de plus en plus nombreuses (Dunkel-Schetter, 2011), il est maintenant urgent de considérer comment soutenir au mieux les femmes enceintes pour maximiser leur bien-être. Ceci n'adresse pas seulement le dépistage et le diagnostic de maladies mentales pendant la grossesse, mais plus généralement le stress et les contraintes de la grossesse et la façon dont les femmes y réagissent. Il serait important d'examiner ce qui cause une anxiété pour certaines femmes et ce qui pourrait être fait pour soutenir ces femmes dans le cadre de la surveillance prénatale normale (Alderdice & Lynn, 2010). Les sages-femmes ont une position idéale pour introduire des interventions simples qui pourraient améliorer la prise en charge

personnelle par les femmes elles-mêmes ou éduquer les femmes sur les symptômes et les changements qui sont normaux pendant la grossesse afin de diminuer le stress qu'ils pourraient engendrer. Il est cependant urgent de développer des études sur les interventions visant à réduire le stress pendant la grossesse avant que celles-ci soient introduites dans la pratique clinique.

Bien que cette revue de revues systématiques apporte une image générale importante et une évaluation cohérente de l'état des connaissances actuelles, les revues incluses sont hétérogènes et de qualité variable, ce qui limite considérablement l'interprétation des résultats. Il est important de considérer les différentes caractéristiques des populations étudiées dans chaque revue et les parallèles qui existent avec la population où l'intervention serait mise en place. La diversité a entraîné une revue narrative avec une synthèse réduite, ce qui est un problème courant pour les revues systématiques. Cette revue n'a pu entreprendre une méta-analyse que sur un quart des revues systématiques incorporées dans cette revue. De plus, les revues peuvent apporter une information sur l'effectivité des interventions mais il est pertinent de se poser la question de savoir si les interventions sont réalistes et pratiques et quel serait leur impact sur les usagers. Dans le contexte de cette revue, une intervention devrait rencontrer les attentes des femmes et pouvoir être incluses dans le cadre de la pratique maïeutique.

Malgré ces limites, une revue systématique de revues systématiques peut rassurer quant aux conclusions des revues individuelles et identifier les revues de bonne qualité qui sont alors reprises dans un seul document avec un résumé final qui peut informer la pratique (Smith *et al.*, 2011) et aider à développer les stratégies de recherches futures. Cette revue identifie un manque d'interventions effectives présentement disponibles pour les sages-femmes pour le soutien de la santé mentale maternelle et du bien-être des femmes. Cette revue a aussi identifié l'importance du bien-être plutôt que de concentrer les efforts sur la maladie mentale. Il faut aussi noter que des données probantes ont été identifiées seulement pour des résultats à court terme concernant le bien-être psychosocial et des recherches futures sont nécessaires pour évaluer les résultats à long terme et leurs impacts sur les ressources et l'organisation des soins de santé.

Conclusions

Cette revue systématique de revues systématiques résume les données probantes actuellement disponibles et identifie les données qui manquent encore sur les interventions destinées à améliorer la santé mentale maternelle pendant la période périnatale. Elle représente aussi l'occasion de considérer ce qui pourrait être développé par la sage-femme afin de développer son rôle à ce niveau. La revue a identifié que, sur base des données actuellement disponibles, il serait prématuré d'introduire les interventions identifiées dans cette revue

dans l'éducation ou la pratique de la sage-femme. Par contre, il y existe quelques exemples d'interventions qui ont été incluses dans les revues et qui pourraient faire l'objet d'évaluation future. L'absence de revues sur le rôle spécifique de la sage-femme sur la santé mentale et le bien-être maternels pendant la grossesse démontre une lacune importante. Et pourtant la grossesse est la période pendant laquelle le contact mère/sage-femme est le plus intensif. Cet aspect bénéficierait donc d'une stratégie de programmes de recherche. Les sages-femmes ont une position clé pour refocaliser la stratégie de recherche sur la santé mentale périnatale afin de s'assurer de l'inclusion d'essais randomisés contrôlés de qualité sur les interventions qui pourraient promouvoir le bien-être et diminuer le stress de toutes les femmes, tout en soutenant celles qui souffrent de troubles psychiatriques.

Remerciements

Nous remercions NHS Education for Scotland et Midwifery 2020 Public Health Group qui ont financé et assuré la stratégie du projet. Nous remercions aussi les membres du groupe de Revue des Revues pour leur soutien et leur engagement (Mrs Elizabeth Bannon, Prof Debra Bick, Dr Helen Cheyne, Prof Mike Clarke, Mrs Joanne Gluck, Prof Billie Hunter, Dr Dermot O'Reilly).

Références

- Alderdice F & Lynn F (2011). Factor structure of the prenatal distress questionnaire. *Midwifery*, 27(4), 553-559.
- Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR & Morris J (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health*, 35(3), 237-244.
- Austin MP (2003). Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: A review. *Acta Psychiatr Scand*, 107(4), 244-250.
- Austin MP & Priest SR (2005). Clinical issues in perinatal mental health: New developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 112(2), 97-104.
- Austin MP, Priest SR & Sullivan EA (2008). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD005124.
- Barlow J & Coren E (2004). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD002020.
- Beddoe AE & Lee KA (2008). Mind-body interventions during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(2), 165-175.
- Bick D (2003). Strategies to reduce postnatal psychological morbidity. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(1), 11-20.
- Bledsoe SE & Grote NK (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Res Soc Work Pract*, 16(2), 109-120.
- Boath E, Bradley E & Henshaw C (2005). The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 26(3), 185-192.
- Boath E & Henshaw C (2001). The treatment of postnatal depression: A comprehensive literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19(3), 215-248.
- Borja-Hart NL & Marino J (2010). Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy*, 30(2), 210-216.
- Ciliska D, Mastrilli P, Ploeg J, Hayward S, Brunton G & Underwood J (2001). The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions to clients in the prenatal and postnatal period: A systematic review. *Primary Health Care Research & Development*, 2(01), 41-54.
- Daley AJ, Macarthur C & Winter H (2007). The role of exercise in treating postpartum depression: A review of the literature. *J Midwifery Women's Health*, 52(1), 56-62.
- Daley A, Jolly K & MacArthur C (2009). The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*, 26(2), 154-162.
- Dennis CL (2004). Preventing postpartum depression part ii: A critical review of nonbiological interventions. *Can J Psychiatry*, 49(8), 526-538.
- Dennis CL (2004). Treatment of postpartum depression, part 2: A critical review of nonbiological interventions. *J Clin Psychiatry*, 65(9), 1252-1265.
- Dennis CL & Creedy D (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD001134.
- Dennis CL & Allen K (2008). Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD006795.
- Dennis C & Hodnett E (2007). *Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Dennis CL, Ross LE & Grigoriadis S (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD006309.
- D'Souza L & Garcia J (2004). Improving services for disadvantaged childbearing women. *Child Care Health Dev*, 30(6), 599-611.
- Dunkel Schetter C (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*, 62, 531-558.
- Dunkel-Schetter C & Glynn L (2010). Stress in pregnancy: Empirical evidence and theoretical issue to guide interdisciplinary researchers. In Contrada R & Baum A (Eds.), *The handbook of stress science biology, psychology, and health* (pp. 321-343). New York: Springer Publishing Company.
- Figueiredo B & Conde A (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 14(3), 247-255.
- Freeman MP (2006). Omega-3 fatty acids and perinatal depression: A review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 75(4-5), 291-297.

- Gamble J & Creedy D (2004). Content and processes of postpartum counseling after a distressing birth experience: A review. *Birth*, 31(3), 213-218.
- Gamble JA, Creedy DK, Webster J & Moyle W (2002). A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*, 18(1), 72-79.
- Hewitt CE & Gilbody SM (2009). Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: A systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG*, 116(8), 1019-1027.
- Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, *et al.* (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess*, 13(36), 1-145, 147-230.
- Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS & Ferreri F (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 31(3), 113-122.
- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW & Fong DY (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110(5), 1102-1112.
- Leis JA, Mendelson T, Tandon SD & Perry DF (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 12(1), 3-13.
- Lewis G & Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE) (2011). Saving mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the united kingdom *BJOG*, 118(Suppl. 1), 1-203.
- Lumley J, Austin MP & Mitchell C (2004). Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *Int J Technol Assess Health Care*, 20(2), 128-144.
- Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC & Hobel CJ (2004). Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosom Med*, 66(5), 762-769.
- Marcus SM & Heringhausen JE (2009). Depression in childbearing women: When depression complicates pregnancy. *Prim Care*, 36(1), 151-165, ix.
- Matthey S (2004). Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current Opinion in Psychiatry*, 17(1), 21-29.
- McNeill J, Lynn, F., Alderdice, F., 2010. Systematic Review of Reviews: The PublicHealth Role of the Midwife. School of Nursing & Midwifery, Queen's University /http://midwifery2020.org/documents/2020/Public_Health_Lit_Review.pdf. (2010). Systematic review of reviews: The publichealth role of the midwife. Belfast: Queen's University, School of Nursing & Midwifery.
- Midwifery 2020 (2010). Final report, 2010. Delivering expectations. Dernier à https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216029/dh_119470.pdf.
- Morrell CJ (2006). Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, Supplement 2(0), e135-e161.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007) *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. NICE Guidelines CG45*. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Ogrodniczuk JS & Piper WE (2003). Preventing postnatal depression: A review of research findings. *Harv Rev Psychiatry*, 11(6), 291-307.
- Ross LE & McLean LM (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*, 67(8), 1285-1298.
- Rowan C, Bick D & Bastos MH (2007). Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: Exploring the gap between the evidence and UK policy and practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 4(2), 97-105.
- Royal College of Midwives (2007). Position statement complementary and alternative therapies. London: RCM.
- Smith V, Devane D, Begley CM & Clarke M (2011). Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Med Res Methodol*, 11(1), 15.
- Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, Booth A, Slade P, Parry G, *et al.* (2010). Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. *Health Technol Assess*, 14(44), 1-107, iii-iv.
- Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress TR, Prevention Science Network F, Neonatal Experience on C, *et al.* (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.

Article original : Fiona Alderdice, Jenny McNeil, Fiona Lynn (2013)
 Systematic review os systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being.
Midwifery, 29(4) 389-399

© 2012 Elsevier Ltd - All rights reserved

Traduction française © 2015 Elpea sarl - Tous droits réservés