Minerva - Analyse – 17/05/2023

Un programme de soutien psychosocial est-il efficace pour prévenir la dépression du post-partum chez les mères adolescentes au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement ?

Référence
Sangsawang B, Deoisres W, Hengudomsub P, Sangsawang N. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: a randomised controlled trial. J Clin Nurs 2022;31:689-702. DOI: 10.1111/jocn.15928

Analyse de
Mieke Embo, verpleegkundige en vroedvrouw, UGent en Arteveldehogeschool.
Absence de conflit d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quel est l'effet d'un programme de soutien psychosocial impliquant la famille et une sage-femme pendant les 4 premières semaines du post-partum, par rapport à des soins standards, sur l'incidence et la gravité de la dépression post-partum chez les mères adolescentes primipares au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement ?

Contexte

La dépression du post-partum est la complication psychique la plus fréquente après un accouchement, et sa prévalence chez les mères adolescentes est plus élevée que chez les mères adultes (1-2). En particulier, les mères adolescentes qui ne bénéficient pas d'un soutien social suffisant pendant la grossesse ou lors de l'accouchement présentent un risque 10 à 15% plus élevé (3-6). Cela affecte négativement le lien mère-enfant (7,8), les soins à l'enfant, la transition vers la parentalité et la gestion du stress (9,10). Les enfants de mères dépressives présentent en outre un retard de développement cognitif, émotionnel et social (11-13). De plus, les mères non traitées pour une dépression du post-partum présentent un risque accru d'alcoolisme et de toxicomanie (14), de dépression et de suicide (15,16). Le soutien social, défini comme un soutien individualisé par les soignants et la famille, est important pour toutes les mères d'un premier enfant et certainement pour les mères adolescentes (17,18). Toutefois, une synthèse méthodique a montré que la plupart des interventions visant à prévenir la dépression du post-partum chez les mères adolescentes ne sont pas axées sur le soutien psychosocial, ne se poursuivent pas après la grossesse et n'impliquent pas les membres de la famille (6). De même, il n'existe pas de données suffisamment probantes sur l'intervention la plus efficace.

Résumé

Population étudiée

- recrutement de mères adolescentes primipares, ainsi que de leurs proches, dans le service post-partum d'un hôpital universitaire en Thaïlande
- critères d'inclusion pour les mères adolescentes : âgées de 10 à 19 ans ; grossesse unique ; accouchement par voie basse ; parents proches (mère/père, mari/partenaire ou grand-mère) pouvant fournir un soutien pendant la période post-partum
- critères d'inclusion pour les parents proches : âgés de 18 ans ou plus ; capacité de jouer un rôle important dans le soutien de la mère adolescente

- critères d'exclusion pour les mères adolescentes : aide professionnelle déjà reçue pour des problèmes de santé mentale ; complications graves après l'accouchement telles qu'une hémorragie du post-partum ou une fièvre puerpérale ; nouveau-né présentant des anomalies congénitales ou d'autres anomalies graves
- inclusion finale de 42 mères adolescentes d'un âge moyen de 17 ans (écart-type de 1,5), dont la grossesse n'était généralement pas planifiée (65%), sans emploi (75%) et vivant avec un partenaire (72,5%) ; le parent proche qui assurait le soutien était principalement la mère (45 à 50%) ou le partenaire, ou le père de l'enfant (25%) dont l'âge moyen était de 41 ans.

Protocole de l'étude

Étude monocentrique, contrôlée, randomisée, réalisée en simple aveugle dans deux groupes d'étude parallèles (19):

- groupe d'intervention (n = 21) : tant les mères adolescentes de ce groupe que les membres de leur famille ont bénéficié d'un programme de soutien psychosocial constitué de 2 parties :
    - activités de soutien par la sage-femme : séances de 60 à 90 minutes chacune pendant les trois premiers jours de l'hospitalisation, consistant en : information (éducation sur la dépression du post-partum, information des membres de la famille sur l'importance du soutien social pour prévenir la dépression du post-partum, enseignement aux mères adolescentes sur la manière de demander de l'aide aux membres de la famille, informations sur les soins personnels et les soins au nourrisson), soutien émotionnel (attention portée aux problèmes de la mère adolescente par le dialogue et l'écoute), soutien instrumental (aide pratique aux soins du nouveau-né, comme le bain et le changement des couches), le tout suivi d'un soutien supplémentaire à domicile avec une visite à domicile au cours de la première semaine et 4 contacts téléphoniques de 20 à 25 minutes chacun au cours des 4 premières semaines
    - soutien à domicile par un membre de la famille proche désigné par la mère adolescente et ayant suivi les activités de soutien de la sage-femme
- groupe témoin (n = 21) : les mères adolescentes ont bénéficié des soins habituels à la maternité, fournis par des infirmières non impliquées dans l'étude ; elles ont notamment reçu des instructions orales sur des sujets tels que l'allaitement maternel et les soins d'hygiène
- suivi : pendant le séjour à l'hôpital (T0), juste après l'intervention (4 semaines après l'accouchement) (T1), 6 semaines après l'accouchement (T2) et 3 mois après l'accouchement (T3).

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire : différence entre les deux groupes de la variation du score moyen obtenu à **l'échelle EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, échelle de dépression du post-partum d'Édimbourg)** (20), aux quatre moments de mesure T, analysée par la méthode **ANOVA** et exprimée en **d de Cohen**.
- critères de jugement secondaires :
    - différence entre les deux groupes de l'incidence de la dépression du post-partum (EPDS ≥ 13)
    - différence entre les deux groupes de l'incidence de la dépression du post-partum modérée (EPDS 13-14), de la dépression du post-partum prononcée (EPDS 15-16) et de la dépression du post-partum sévère (EPDS ≥ 17) (21).

Résultats

- critère de jugement primaire : le score EPDS moyen était statistiquement significativement plus faible dans le groupe intervention que dans le groupe témoin au T1 (5,25 contre 11,1 points ; $p < 0,01$; d de Cohen à 1,73), au T2 (4,0 contre 11,9 points ; $p < 0,01$; d de Cohen à 2,1) et au T3 (3,65 contre 13,05 points ; $p < 0,01$; d de Cohen à 2,3)

- critères de jugement secondaires : incidence plus élevée de la dépression du post-partum dans le groupe témoin aux T1, T2 et T3, pour les trois catégories de dépression modérée, prononcée et sévère (*voir tableau*).

Tableau. Différence entre le groupe intervention et le groupe témoin en ce qui concerne l'incidence de la dépression, de la dépression modérée, de la dépression prononcée et de la dépression sévère aux quatre moments de mesure T pendant le suivi.

		Groupe d'intervention (n = 20)	Groupe témoin (n = 20)
T0 (séjour hôpital)	dépression	0%	0%
	dépression modérée	0%	0%
	dépression prononcée	0%	0%
	dépression sévère	0%	0%
T1 (4 sem)	dépression	0%	25% (n = 5)
	dépression modérée	0%	10% (n = 2)
	dépression prononcée	0%	10% (n = 2)
	dépression sévère	0%	5% (n = 1)
T2 (6 sem)	dépression	5% (n = 1)	30% (n = 6)
	dépression modérée	5% (n = 1)	15% (n = 3)
	dépression prononcée	0%	10% (n = 2)
	dépression sévère	0%	5% (n = 1)
T3 (3 mois)	dépression	10% (n = 2)	40% (n = 8)
	dépression modérée	5% (n = 1)	10% (n = 2)
	dépression prononcée	5% (n = 1)	15% (n = 3)
	dépression sévère	0%	15% (n = 3)

T0 (séjour à l'hôpital) ; T1 (4 semaines après l'accouchement) ; T2 (6 semaines après l'accouchement) ; T3 (3 mois après l'accouchement)

Conclusion des auteurs
Les auteurs concluent que les interventions de soutien psychosocial menées par les sages-femmes et les membres de la famille sont efficaces dans la prévention de la dépression du post-partum chez les mères adolescentes primipares. L'effet préventif se maintient jusqu'à 3 mois après l'accouchement.

Financement de l'étude
Subvention de soutien de la Graduate School, Burapha University.

Conflits d'intérêt des auteurs
Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
Cette étude contrôlée, randomisée et réalisée en simple aveugle a suivi un plan d'étude prépublié, approuvé par un comité d'éthique indépendant. L'étude avait une puissance suffisante car la taille de l'échantillon correspondait au nombre requis de participants inclus. Les chercheurs ont calculé qu'il fallait inclure 34 mères adolescentes pour montrer une taille d'effet modérée, avec un d de Cohen à 0,21, pour le critère de jugement primaire, avec une puissance de 80%. Pour déterminer cette taille d'effet, ils se sont basés sur une étude antérieure (22). Ils ont ajouté 20% de participants en tenant compte d'un éventuel abandon de l'étude. Au final, 42 mères adolescentes ont été recrutées, dont deux seulement (une dans chaque groupe) ont abandonné l'étude au temps T3. La randomisation a été effectuée à l'aide d'un programme informatique et la répartition dans les deux groupes a été réalisée de manière aléatoire et en aveugle par un assistant de recherche qui ne s'occupait pas des mères. De la même manière, le remplissage des questionnaires a été contrôlé en aveugle par un second assistant de recherche.

Ni les prestataires de soins ni les participants (mères adolescentes et membres de leur famille) ne pouvaient être placés en aveugle. Cela a pu entraîner des biais, car les questionnaires d'auto-évaluation utilisés pouvaient susciter des réponses socialement souhaitables. En outre, le diagnostic de dépression du post-partum n'a été établi qu'en se basant sur une valeur seuil de l'échelle EPDS, sans confirmation du diagnostic par un médecin/psychiatre.

Discussion des résultats

Cette étude avait pour but d'examiner l'efficacité d'un programme de soutien psychosocial axé sur le soutien de mères adolescentes primipares par une sage-femme et leur famille. Il s'agit du premier essai contrôlé randomisé combinant des activités de prévention assurées par la sage-femme et par la famille de la mère adolescente. L'étude a révélé une différence statistiquement significative des scores EPDS entre le groupe d'intervention et le groupe témoin aussi bien à 4 semaines (T1), qu'à 6 semaines (T2) et à 3 mois (T3) après l'accouchement. De plus, les tailles d'effet identifiées pour le critère de jugement primaire (d de Cohen = 1,73, 2,1 et 2,3) étaient également significativement plus élevées que la différence cliniquement pertinente postulée par le calcul de puissance (d = 0,21) (22). Il est important de signaler que l'effet continuait apparemment à augmenter au cours des 2 mois suivant l'arrêt du programme. Cela pourrait indiquer un effet durable.

L'interprétation des résultats doit néanmoins tenir compte d'un biais possible lié à l'auto-évaluation par les participants et les prestataires non placés en aveugle (*voir ci-dessus*).

L'intervention semble réalisable dans la pratique car les premiers contacts avec la sage-femme ont eu lieu au cours des trois premiers jours du post-partum à l'hôpital, puis lors d'une visite à domicile et de contacts téléphoniques. Il existe néanmoins des raisons de limiter la généralisation des résultats à d'autres mères adolescentes. Tout d'abord, l'étude a été menée dans un seul hôpital universitaire en Thaïlande. Deuxièmement, les participantes venaient principalement de zones urbaines et avaient donc peut-être déjà un bon accès à un soutien après l'accouchement. En effet, l'étude ne précise pas si les participantes des groupes témoin et intervention ont bénéficié d'un autre soutien ou d'un autre traitement. Au cours de l'analyse des différences, il aurait été intéressant de tenir compte de la quantité de soins reçus. Troisièmement, les personnes ayant déjà reçu une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale ont été exclues, alors qu'il s'agit vraisemblablement d'un groupe à risque important (vulnérabilité mentale). Il est donc certainement souhaitable de mener d'autres recherches multicentriques dans un contexte belge ou européen avant de mettre en œuvre ce programme de soutien à grande échelle. L'implication des proches dans les soins est d'ailleurs de plus en plus soulignée tant au niveau international qu'en Belgique comme en fait référence le site belge « https://familiereflex.be/ » . Dans ce contexte, l'intervention pourrait donc certainement apporter une valeur ajoutée aux soins postnataux en Belgique.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Actuellement, il n'existe aucune directive spécifique pour (la prévention de) la dépression du post-partum chez les mères adolescentes. Dynamed (23) recommande un dépistage régulier de la dépression du post-partum pendant la période post-partum à l'aide d'une évaluation par le score EPDS ou par un autre outil validé. Les traitements psychosociaux et psychologiques constituent le premier choix pour les dépressions du post-partum légères à modérées. En cas de dépression du post-partum sévère, un traitement par antidépresseurs (ISRS de préférence) peut être indiqué.

Conclusion de Minerva

Cette étude monocentrique, contrôlée, randomisée et réalisée en simple aveugle dans un hôpital universitaire en Thaïlande, démontre qu'un programme de soutien psychosocial mené par des sages-femmes et des membres de la famille est efficace pour prévenir la dépression du post-partum chez des mères adolescentes primipares, jusqu'à 3 mois après l'accouchement. Malgré l'effet cliniquement pertinent, des recherches supplémentaires sont certainement indiquées en raison d'un certain nombre de limitations méthodologiques, notamment l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation, ainsi que de difficultés à extrapoler les résultats au contexte belge des soins de santé.

Références

1. Hymas R, Girard LC. Predicting postpartum depression among adolescent mothers: a systematic review of risk. J Affect Disord 2019;246:873-85. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.041
2. Swift ER, Pierce M, Hope H, et al. Young women are the most vulnerable to postpartum mental illness: a retrospective cohort study in UK primary care. J Affect Disord 2020;277:218-24. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.016
3. Campbell-Grossman C, Hudson DB, Kupzyk KA, et al. Low-income, African American, adolescent mothers' depressive symptoms, perceived stress, and social support. J Child Fam Stud 2016;25:2306-14. DOI: 10.1007/s10826-016-0386-9
4. Huang CY, Costeines J, Ayala C, Kaufman JS. Parenting stress, social support, and depression for ethnic minority adolescent mothers: Impact on child development. J Child Fam Stud 2014;23:255-62. DOI: 10.1007/s10826-013-9807-1
5. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. Obstet Gynecol 2015;125:885-93. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000718
6. Sangsawang B, Wacharasin C, Sangsawang N. Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. Arch Womens Ment Health 2019;22:215-28. DOI: 10.1007/s00737-018-0901-7
7. Badr LK, Ayvazian N, Lameh S, Charafeddine L. Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? Infant Behav Dev 2018;51:15-23. DOI: 10.1016/j.infbeh.2018.02.003
8. Lehnig F, Nagl M, Stepan H, et al. Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19:1-10. DOI: 10.1186/s12884-019-2426-0
9. Lee HY, Edwards RC, Hans SL. Young first-time mothers' parenting of infants: the role of depression and social support. Matern Child Health J 2020;24:575-86. DOI: 10.1007/s10995-019-02849-7
10. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health 2019;15:1745506519844044. DOI: 10.1177/1745506519844044
11. Ierardi E, Ferro V, Trovato A, et al. Maternal and paternal depression and anxiety: their relationship with mother-infant interactions at 3 months. Arch Womens Ment Health 2019;22:527-33. DOI: 10.1007/s00737-018-0919-x
12. Liu Y, Kaaya S, Chai J, et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. Psychol Med 2017;47:680-9. DOI: 10.1017/S003329171600283X
13. Slomian J, Honvo G, Emonts P, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health 2019;15:1745506519844044. DOI: 10.1177/1745506519844044
14. Chapman SL, Wu LT. Postpartum substance use and depressive symptoms: a review. Women Health 2013;53:479-503. DOI: 10.1080/03630242.2013.804025
15. Grigoriadis S, Wilton AS, Kurdyak PA, et al. Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. CMAJ 2017;189:E1085-E1092. DOI: 10.1503/cmaj.170088
16. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. Obstet Gynecol 2015;125:885-93. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000718
17. Hudson DB, Campbell-Grossman C, Kupzyk KA, et al. Social support and psychosocial well-being among low-income, adolescent, African American, first-time mothers. Clin Nurse Spec 2016;30:150. DOI: 10.1097/NUR.0000000000000202
18. Lee HY, Edwards RC, Hans SL. Young first-time mothers' parenting of infants: the role of depression and social support. Matern Child Health J 2020;24:575-86. DOI: 10.1007/s10995-019-02849-7
19. Sangsawang B, Deoisres W, Hengudomsub P, Sangsawang N. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: a randomised controlled trial. J Clin Nurs 2022;31:689-702. DOI: 10.1111/jocn.15928
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782
21. Netsi E, Pearson RM, Murray L, et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. JAMA Psychiatry 2018;75:247-53. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
22. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:46-54. DOI: 10.1177/08842 17504 272802
23. DynaMed. Postpartum depression. EBSCO Information Services. Accessed 12/05/2023 (using CDLH).