



The Prevention of Perinatal Depression by Michael W. O’Hara, University of Iowa

with Huynh-Nhu (Mimi) Le, George Washington University; Cindy-Lee Dennis, University of Toronto;

Traolach [Terry] Brugha, University of Leicester

English to French Translation by Anne-Laure Sutter, April 2016

Introduction

(00:180) Dr. O’Hara:

Bienvenu pour à cette présentation sur la prévention de la dépression post-natale (DPN), portée par « the International Marcé Society for Perinatal Mental Health ». Je suis Michael O’Hara, professeur de psychologie à l’Université d’Iowa, et votre « hôte » pour ce programme. J’ai l’honneur d’être accompagné par trois chercheurs très distingués qui travaillent sur les démarches de prévention pour discuter de l’approche préventive de la dépression post-natale (DPN). Il y a Mimi Le, qui est professeure associée de psychologie clinique et communautaire à l’Université George Washington à Washington, D.C. ; Cindy-Lee Dennis, qui est professeure en Santé Mentale Communautaire et titulaire de la chaire de recherche canadienne de Santé Communautaire Périnatale à l’Université de Toronto à Toronto, au Canada; et Terry Brugha, qui est professeur de psychiatrie au Département des Sciences de la Santé à l’Université de Leicester, à Leicester, au Royaume-Uni.

La DPN est un problème grave de santé mentale qui touche des millions de femmes chaque années dans le monde entier. Les symptômes de DPN, comme l’humeur triste, l’anhédonie, la fatigue, les troubles de la concentration, les troubles du sommeil et les idées de suicide mènent à des altérations significatives de différents domaines du fonctionnement, comme les soins que la personne se porte, les soins au nourrisson, les relations familiales et le travail. Ces difficultés et la douleur morale significative des femmes qui en souffrent rendent nécessaire la recherche sur les interventions cliniques pour le traitement et la prévention de la DPN. Durant les 20 dernières années, nombre d’interventions psychologiques, psychosociales, et médicales ont été validées pour le traitement de la DPN. Des traitements tels la psychothérapie interpersonnelle, les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies de soutien, et les traitements antidépresseurs ont fait la preuve de leur efficacité pour le traitement de la DPN.

Malheureusement, ces interventions, bien que de plus en plus faciles d'accès, sont souvent proposées après de nombreuses semaines voire mois d'évolution des troubles chez la nouvelle mère. C'est pourquoi de nombreux cliniciens et chercheurs ont développé des programmes dans le but de prévenir la DPN.

La prévention peut se décliner de manière très diversifiée. Par exemple, certains efforts de prévention s'orientent vers des populations dans leur ensemble, et sont appelées interventions préventives universelles. Parmi elles on trouve la vaccination des enfants, la fluoruration de l'eau, l'éducation sexuelle à l'école et l'éducation à la naissance pour les couples attendant un enfant. D'autres efforts de prévention ciblent des individus dont le risque de développer un trouble est supérieur à la moyenne, ce qui s'appelle des interventions de prévention sélectives. Dans le domaine de la DPN, par exemple les efforts de prévention peuvent inclure des populations cibles comme les femmes de faibles niveaux de revenus ou des migrants récents. Enfin, des interventions vont cibler des personnes à haut risque, qui vont présenter des prodromes ou des symptômes de faible intensité du trouble, mais pas le tableau clinique complet, ce qui se nomme interventions préventives sur indication. Un exemple classique dans le champ de la prévention de la DPN est de cibler les femmes dont le score à l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) durant la grossesse est supérieur à un score défini, mais qui ne présentent pas les critères de l'épisode dépressif majeur.

Chacune de ces approches vont être présentées par mes éminents collègues. Nous allons commencer par Mimi Le, suivie de Cindy-Lee Dennis puis de Terry Brugha. Enfin, Cindy-Lee Dennis me rejoindra à nouveau pour présenter les résultats de sa revue Cochrane à propos de l'efficacité de l'approche psychologique et psychosociale pour la prévention de la DPN.

Dr. Mimi Le Interview

(3:41) Dr. O'Hara:

Je suis ravi d'accueillir le Dr. Mimi Le pour parler de son travail avec les femmes enceintes de langue espagnol et anglaises ayant un faible niveau économique. Elle est professeur associé de psychologie clinique et communautaire à l'Université George Washington à Washington DC. Le Dr. Le est un auteur prolifique et largement cité dans le champ de la dépression périnatale et ses travaux actuels sont centrés sur le dépistage intégré et les interventions de préventions pour les femmes proposés dans le « Women, Infants and Children's program ». Les études du Dr Le à propos de la prévention de la dépression périnatale conduites à San Francisco avec Ricardo Muñoz et à Washington DC avec Deborah Perry ont un intérêt tout particulier pour notre programme d'aujourd'hui. Bienvenue Mimi !

Bien, Mimi pourriez-vous nous parler des origines de vos travaux sur la prévention de la dépression périnatale chez les latino-américains ?

(4:29) Dr. Le:

Tout cela a débuté à la fin des années 1990, lorsque j'ai commencé à travailler en psychologie clinique et comme post-doctorante à l'Université de Californie à San Francisco. J'ai vraiment eu beaucoup de chance de pouvoir échanger et travailler avec le Dr. Ricardo Muñoz, qui est comme vous le savez un éminent psychologue ayant une expertise dans la prévention de la dépression périnatale. A cette époque où je débute, je ne connaissais pas grand chose à ce champ de travail et il a réellement été un mentor extraordinaire et m'a guidé pour accomplir ce travail. Nous avons commencé par faire une étude longitudinale et nous avons suivi environ 100 femmes pour en apprendre plus sur leurs facteurs de risques et leurs facteurs protecteurs au cours du temps. Nous avons alors été en mesure d'identifier à travers la littérature et à travers certains de nos travaux un groupe à haut risque de dépression qui avaient des antécédents de dépression ou des symptômes actuels. Ce travail a réellement lancé notre collaboration et nos projets à propos de l'humeur et de la santé des femmes et de leurs enfants. L'objectif de ce travail est de tenter d'améliorer la recherche et la prévention de la dépression périnatale pour les femmes de bas niveau économique de langue anglaise et espagnole.

(5:50) Dr. O'Hara:

Bien, pourriez vous nous en dire un peu plus sur les connaissances qui fondent les interventions en thérapies cognitives et comportementales de groupe pour les latino- américains ?

(5:57) Dr. Le:

Assurément, une longue histoire qui a mené à un faisceau de preuves sur le fait que les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) sont efficaces dans le traitement de la dépression, et lorsque je suis arrivée il y avait des recherches à propos de la prévention de la dépression, et nous voulions vérifier s'il serait aussi possible de l'appliquer à la dépression périnatale. Donc, si vous avez à l'esprit les aspects traditionnels des TCC, nous ciblons les changements dans les pensées et les changements dans les comportements au fil du temps. Suivant les modalités traditionnelles de la TCC, l'accent a vraiment été mis sur le contrôle. Vous contrôlez réellement vos pensées, de sorte que vous pouvez les modifier pour améliorer votre humeur ou vous pouvez contrôler vos comportements. Dans cette partie du travail que j'ai fait avec Ricardo au fil du temps l'objectif s'est orienté vers la possibilité d'ouvrir sur un changement dans cet aspect strict de contrôle pour une gestion plus saine des différents aspects de la réalité.

Il s'agissait vraiment d'essayer de montrer aux gens avec qui nous travaillions que ces populations à faible revenu avaient des ressources très limitées. Ils peuvent ne pas être en mesure d'avoir beaucoup de contrôle sur leur vie, mais peut-on vraiment leur

en apprendre plus sur la façon de gérer cela ? Vous pouvez voir sur cette diapositive que notre intervention est appelée « cours mères et bébés ».

Ce que nous essayons vraiment de faire est d'apprendre aux femmes à gérer leur réalité personnelle. Il s'agit de la gestion de leur réalité interne, quelles sont leurs pensées, quelles sont leurs valeurs et comment cela est-il relié à leur humeur. Puis aussi, il s'agit de leur apprendre des choses sur leur réalité extérieure, dans leur environnement, dans les quartiers où elles vivent. Elles peuvent ne pas être en mesure de gérer certains de ces aspects, et nous leur en apprenons plus sur les activités plaisir, les choses qu'elles peuvent faire par elles-mêmes avec leur bébé, et aussi les façons d'obtenir plus de soutien social, dont elles ont besoin pour être en mesure d'améliorer leur humeur. Donc, l'idée est d'utiliser des stratégies comportementales cognitives de base, en les rendant applicables à une communauté à faible revenu.

(8:05) Dr. O'Hara:

Formidable. Pouvez-vous maintenant nous en dire un peu plus sur la manière dont vous avez testé les interventions TCC de groupe et ce que vous avez trouvé ?

(8:13)Dr. Le:

Cette problématique a évolué au cours de la dernière décennie à travers 3 essais thérapeutiques différents. Les deux premiers ont été des essais randomisés et contrôlés, et le premier s'est déroulé à San Francisco avec Ricardo, où nous avons testé une version de 12 semaines de ces cours mère-bébés dont je viens de vous parler. Dans un petit échantillon d'environ 41 femmes mexicaines, qui étaient des femmes migrantes. La plupart de ce travail a été fait en espagnol, et les femmes ont été randomisées entre ce cours de 12 semaines et les soins habituels. Il s'agissait de femmes enceintes qui présentaient un risque élevé de dépression, que nous avons suivies pendant environ 12 mois après l'accouchement

Également au cours de la période du post-partum, elles assistaient à 4 séances individuelles de rappel, pour les aider à réutiliser certains des principaux concepts qu'elles avaient appris. Nous avons trouvé que en général, comme vous pouvez le voir sur cette diapositive, environ 14% des femmes du groupe « intervention » a présenté un nouvel épisode dépressif majeur, comparativement à environ 25% dans le groupe de « soins habituels ».

Cette différence est importante, mais elle n'était pas statistiquement significative en raison de la petite taille de l'échantillon, mais elle est certainement cliniquement significative. Cela a vraiment lancé mon travail à Washington au cours du second essai contrôlé randomisé avec un plus grand échantillon de femmes américaines, principalement. Pour cela, j'ai eu la chance de travailler avec Deborah Perry à l'Université de Georgetown, une experte dans le développement de la petite enfance. Nous avons trouvé qu'il y avait une diminution significative des symptômes dépressifs, avant et après l'intervention pendant la grossesse, mais

que ces changements ne se pérennisaient pas au cours du temps dans la période post-partum. Puis, quand nous avons calculé l'incidence des épisodes dépressifs majeurs, curieusement nous avons constaté une incidence de 8% pour le groupe d'intervention, mais environ 10% dans le groupe de soins habituels, ce qui fut vraiment surprenant pour nous. Ces chiffres étaient beaucoup plus bas que ce que nous avons trouvé à San Francisco, avec ce 14 et 25% et certainement plus faible dans ce que nous pensions en nous référant à la littérature générale, mais il ne semble pas y avoir une différence. Nous avons finalement proposé des entrevues de sortie à un petit sous-ensemble des femmes pour en apprendre plus sur leurs expériences au cours de cette étude: ce qu'elles nous ont appris ou qu'elles n'ont pas appris, juste pour vraiment comprendre mieux la raison pour laquelle nous n'avons pas retrouvé ces différences. Ce que nous avons trouvé si vous regardez la diapositive, est que l'intervention dans l'étude semblait fonctionner différemment pour les deux groupes de femmes. Ainsi, pour celles qui étaient dans le groupe d'intervention, elles étaient vraiment en mesure de parler de la gestion de leur réalité, en influençant leur humeur grâce à l'aide des techniques de TCC dont j'ai parlé. Pour le groupe de soins habituels, le seul fait d'être dans l'étude pour une période de temps si longue, fait qu'elles ont vraiment réellement apprécié les relations qu'elles ont eues avec notre équipe. Nous avons fait beaucoup de choses pour essayer de recruter et de retenir nos participants, et nous les avons interrogés avec les mêmes types de questions au fil du temps. Je pense qu'elles sont devenues beaucoup plus conscientes de leur humeur grâce à ces questionnaires ainsi que par les relations et le soutien qu'elles ont obtenu de notre personnel. Je pense que ce que nous avons fait finalement était 2 types d'interventions différentes et que nous n'avons pas eu un véritable groupe de contrôle.

Ces résultats soulignent pour moi vraiment l'importance de proposer des méthodes mixtes de recherche pour arriver à mieux comprendre. Mon travail actuel avec Deborah Perry est de faire plus qu'un essai d'efficacité en population générale, avec un centre de santé qualifié par le gouvernement fédéral auquel nous travaillons avec les femmes, les nourrissons et un programme pour les enfants, le programme WIC (Women, Infant and Children program), qui comme vous le savez est l'un des programmes fédéraux qui fournit des aides pendant toute la grossesse et la période du post-partum aux femmes ainsi qu'à leurs enfants. Nous avons essayé de former des nutritionnistes pour qu'ils intègrent le dépistage de la dépression dans leurs échantillons. Certes, nous avons eu à faire face à beaucoup de défis, structurel ainsi que de personnels capable de faire ce travail, mais nous avons été en mesure de former certains nutritionnistes pour le faire, et ils ont réussi à trouver environ 1100 participantes et avons constaté que le taux de femmes à haut risque en termes de WIC était à plus de 50%. Donc, nous avons recruté certaines femmes pour participer à une version plus courte des cours mères-bébés, et nous commençons à regarder ces données maintenant.

~Dr. O'Hara and Dr. Le parlent en même temps

(13:00) Dr. O'Hara: OK. Merci beaucoup. Donc quelles sont les leçons pratiques pour nous qui sommes fortement impliqués dans les soins cliniques et la recherche sur la dépression périnatale ?

(13:07) Dr. Le:

Je pense que l'un de mes « take home message » acquis durant ces travaux est l'importance de la compréhension de la communauté avec qui vous travaillez, et être capable de faire beaucoup de travail de préparation à la collaboration. Cela signifie avoir une très forte collaboration avec le personnel les patients et les hôpitaux ou les caractéristiques de la communauté où vous faites ce travail. Il est important de passer ce temps à se renseigner sur leurs besoins, leurs facteurs de risque spécifiques, et d'apprendre comment fonctionne leur organisation pour les convaincre que nous ne sommes pas un fardeau pour eux. Je sais de certaines équipes avec qui nous avons travaillé qu'ils ont eu des relations très négatives dans le passé avec des partenaires de recherche, qui après les avoir contactés ont arrêté la collaboration une fois que la subvention donnée. Nous voulions donc être très sensible à cet aspect. Parce que je pense que nous travaillons également avec de des personnes de bas niveau social qui sont une population vulnérable, il est aussi très important d'écouter leur vécu dès le début pour savoir ce qu'ils souhaitent. Je pense que ces relations prennent beaucoup de temps à cultiver et certainement beaucoup plus longtemps que nos crédits de 3 à 6 mois de nos subventions traditionnelles. Avoir un personnel bilingue et biculturel très sensible à ces éléments est également très important. Il est aussi important d'être en mesure de s'adapter culturellement et de modifier les interventions pour s'assurer qu'elles correspondent vraiment au cadre.

(14:53) Dr. O'Hara:

Excellent. Merci beaucoup. Une dernière idée ?

(14:56) Dr. Le:

Je pensais justement à ce sujet que le travail de prévention est tellement plus difficile à faire que le travail de soins. Je pense que historiquement, mais aussi du côté des financements, il y a moins de soutien pour les travaux de prévention. Mais nous savons que la prévention de la dépression périnatale fonctionne et qu'il existe des preuves de cela, donc je pense que le défi de ce qui est vraiment à essayer de comprendre est de savoir comment on veut soutenir le travail en étant capable de fournir le financement nécessaire pour vous assurer qu'il y aura un impact de longue durée en après ce travail de prévention, parce que cela fonctionne et qu'il a beaucoup d'impact pour les femmes elles-mêmes, pour leurs enfants, pour leurs partenaires, et certainement pour leur famille. Enfin, je pense que l'autre partie de ce type de travail est de savoir comment nous fournissons l'ensemble du

contexte de l'intégration de ce travail, à partir de l'intégration du dépistage pour être en mesure de pouvoir les adresser, non seulement pour ces femmes à haut risque, mais aussi pour les femmes qui ont besoin d'un suivi plus intense, et donc il y a un « tri » en place afin d'être en mesure de faire cela en leur fournissant un feedback à temps? Encore une fois je pense que tout cela au fil du temps aura un impact multigénérationnel que nous voulons tous travailler et que nous sommes déterminés à faire pour les populations avec qui nous travaillons.

(16:21) Dr. Mimi Le, merci beaucoup de nous avoir rejoints et nous vous souhaitons le mieux pour vos recherches à venir. Nous espérons de voir de nombreuses publications de votre équipe.

Dr. Dennis Interview I

(16:33) Dr. O'Hara:

Je suis vraiment heureux que Cindy Dennis Lee, Professeur et titulaire de la Chaire de recherche en santé communautaire périnatale à l'Université de Toronto du Canada, se joigne à moi aujourd'hui pour discuter de la prévention de la dépression périnatale. Le Dr Dennis est une chercheuse prolifique qui a publié plus de 130 articles empiriques et de revues, et est fortement citée pour ses travaux sur la dépression périnatale. Ce qui est particulièrement intéressant pour ce programme est l'étude du Dr Dennis intitulée «Effet du soutien par les pairs sur la prévention de la dépression postnatale chez les femmes à haut risque: Un essai multi-sites randomisé contrôlé" qui a été publié dans le British Medical Journal en 2009. En outre le Dr. Dennis a publié une revue Cochrane en 2013 intitulé «Les interventions psychosociales et psychologiques dans la prévention dépression post-partum". Nous reviendrons sur les conclusions de ce travail à la fin du programme.

Cindy Lee, bienvenue ! S'il vous plaît expliquez nous les origines de votre idée d'utiliser les femmes qui avaient déjà souffert de dépression post-partum et avaient guéri pour fournir un soutien aux femmes à fort risque de dépression post-partum.

(17:43) Dr. Dennis:

Mon intérêt pour les femmes qui fournissent un soutien à d'autres mères a commencé non pas avec la dépression post-partum, mais plutôt autour de l'allaitement. Je me suis toujours intéressée à la promotion de la santé chez les nouvelles mamans. Pour mon master et ma thèse de doctorat, je me concentrais sur le fait que les femmes cliniques connues de longue date que les femmes interrompent souvent prématurément l'allaitement avant les 6 mois recommandés.

Ce sont les difficultés que les femmes rencontrent qui sont les causes de l'arrêt de l'allaitement, ce n'est généralement pas

un choix maternel. Pour ma thèse de doctorat, je mené un essai multi-sites randomisé contrôlé, ici dans la province de l'Ontario. J'ai évalué l'effet du soutien par les pairs sur la base d'entretien téléphoniques entre mères pendant la durée de l'allaitement maternel exclusif. Je recruté des nouvelles mères qui allaitaient en post-partum précoce et je les mettaient en contact avec une nouvelle mère qui avait déjà allaité avec succès pendant 6 mois. Nous l'avons formée et nous avons mis en relation la nouvelle mère avec la mère expérimentée ; nous avons appelé cela soutien par les pairs par téléphone. Nous avons constaté les mères qui recevaient le soutien téléphonique étaient 3 fois plus susceptibles de continuer un allaitement exclusif que les mères qui ne recevaient pas cette aide. Les mères ont évalué cette intervention de soutien par les pairs et elles ont vraiment apprécié. Elles ont apprécié de parler à une autre mère et la commodité d'avoir ce soutien chez elles a été très bien notée dans les évaluations de satisfaction. Donc je me suis demandée comment faire pour prolonger cette intervention passionnante et je me suis dit, pourquoi ne pas essayer de l'appliquer à la dépression post-partum. Voilà comment j'ai fait mon travail postdoctoral. J'ai fait une étude pilote qui visait à fournir un soutien téléphonique par des pairs aux nouvelles mères susceptibles de souffrir d'une dépression post-partum.

(19:46) Dr. O'Hara: Bien, merci. Cindy-Lee, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les hypothèses sous-jacentes à ce soutien par les pairs comme intervention préventive?

(19:55) L'importance des relations sociales dans le traitement des maladies et le maintien de la santé sont bien documentés dans la littérature. Il existe un faisceau de preuves qui suggère que les interventions visant à modifier l'environnement social et les interactions de l'individu dans son milieu ont permis de faciliter l'adaptation psychologique, aidé à la récupération, voire même prolongé la vie de patients souffrant de maladies chroniques.

Théoriquement, le soutien par les pairs est un type de relation sociale. Il s'agit d'un soutien affectif, informationnel, et d'évaluation par une personne qui a des connaissances empiriques liés à une cible comportementale ou stressante, et cette personne a des caractéristiques similaires à la population cible ou à la personne chez qui vous essayez de modifier le stress ou le comportement. Le soutien par des pairs peut aider avec le stress lié aux transitions, il peut aider pour la gestion des stress situationnels chroniques et aigus, et il peut aider à la promotion de la santé et modifier des comportements influençant la santé. Quels sont les résultats potentiels des interventions de soutien par les pairs ? Le soutien des pairs peut être utile pour augmenter les réseaux de soutien, pour la prévention des problèmes de santé, pour le renforcement des comportements favorables à la recherche de soins. Il peut aussi réduire les difficultés d'accès aux soins, et voilà pourquoi ils pourraient être très bénéfiques aux groupes socialement marginalisés. Ils peuvent aider à développer des copings plus efficace à travers des évaluations plus adaptées, ils permettent des comparaisons sociales et une mère peut se comparer à une autre mère et normaliser certaines façons de faire. Cela

augmente l'auto-efficacité quand une mère expérimentée augmente la confiance d'une nouvelle mère dans sa capacité à prendre soin de son nouveau-né, et aussi l'estime de soi. Donc, sur la base de ces résultats pour la santé générale, je pensais que le soutien par les pairs serait quelque chose de très bénéfique pour les nouvelles mères dans la période du post-partum **précoce**.

(22:04) Dr. O'Hara: Cindy-Lee, je vous remercie beaucoup, tout cela a été très instructif. Maintenant, pourriez-vous nous dire un peu comment vous avez testé l'intervention et ce que vous avez trouvé?

(22:11) Dr. Dennis: J'ai mené un essai multi-sites randomisé et contrôlé pour évaluer l'effet du soutien téléphonique par les pairs pour la prévention de la dépression post-partum. Je l'ai fait dans 7 régions sanitaires de la province de l'Ontario, qui comprenaient des zones rurales et des zones sanitaires urbaines. Nous avons recruté 701 femmes dans les 2 premières semaines après l'accouchement, que j'ai j'identifié comme à risque élevé de développer une dépression post-partum. Et dans cet essai, nous avons identifié un risque potentiellement élevé pour les mères qui avaient un score à l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh supérieur à 9 durant les 2 premières semaines après l'accouchement. Mon travail a clairement démontré que la façon dont une mère se sent au début des premières semaines post-partum est très similaire à la façon dont elles se sentent à 4 et 8 semaines. Donc, il s'agit d'une identification précoce des mères qui débutent une symptomatologie dépressive, et ce n'est pas une intervention de prévention primaire, mais plutôt une prévention secondaire ou une indication. La moitié des femmes de ce groupe ont été randomisées dans un groupe de contrôle, qui recevait les soins que toutes les mères reçoivent dans la période du post-partum, l'autre moitié d'entre elles ont été randomisées dans un groupe recevant le soutien de paires par téléphone. Il s'agissait d'un soutien proactif, individualisé par téléphone prodigué par une autre mère que nous avons recruté dans la communauté et qui a estimé qu'elle a connu auparavant une dépression du post-partum et qui avait récupéré, et qui a participé à une séance de formation standardisée avec moi. Au cours de cette session de formation nous ne nous sommes pas concentré sur l'expérience de la dépression post-partum, mais plutôt sur les stratégies pour développer une relation par téléphone, comment fournir un soutien efficace, et comment adresser une mère aux professionnels de santé. J'ai conceptualisé ce soutien par les pairs et ce pair bénévole comme une personne qui médiatise le lien entre ces mères et les professionnels de santé. A certaines périodes durant le post-partum, à savoir 12 et 24 semaines après l'accouchement, nous avons fait passer l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh et nous avons fait un entretien diagnostique avec le SCID. Nous avons fait passer des échelles pour l'anxiété, la solitude, et nous avons examiné l'utilisation des services de santé. Nous avons pu évaluer environ 21 000 femmes dans la province de l'Ontario. Nous avons recruté 701 mères, 72% d'entre elles ont été éligibles et ont accepté de participer à l'étude. Une infirmière de recherche travaillant en aveugle a suivi plus de 85% des mères par téléphone, incluant 613 mères à 12 semaines postpartum et 600 mères à 24 semaines postpartum. A 12 semaines postpartum, 14% des femmes du groupe d'intervention, le groupe de soutien par téléphone, avaient un

9

score EPDS supérieur à 12, et 25% des mères du groupe contrôle avaient un score EPDS supérieur à 12. Le nombre nécessaire pour traiter était de 8. Le nombre de sujets à traiter était de 8. La réduction du risque relatif était de 0.46. Nous avons donc tout simplement diminué le risque de moitié ou par 2 de survenue d'une dépression postnatale définie par un score EPDS supérieur ou égale à 12 à 12 semaines postpartum. Nous pouvons donc déduire de cet essai que le soutien par des pairs par téléphone peut être une intervention efficace pour la prévention de la dépression chez les mères qui ont présenté des symptômes dépressifs précoces dans le postpartum. Les mères avaient la possibilité d'évaluer leur expérience du soutien par les pairs, et il y a eu beaucoup de commentaires positifs de leur expérience, très peu d'éléments susceptibles de représenter un danger, et les pairs soutenant avaient également pris du plaisir à fournir ce soutien téléphonique et ont eu un sentiment d'accomplissement personnel en fournissant ce soutien.

(26:09) Dr. O'Hara: merci Cindy-Lee, quelles sont les leçons théoriques pour nous qui sommes fortement impliqués dans les soins cliniques et la recherche sur les dépressions postnatales ?

(26:16) Dr. Dennis: je ne suis pas clinicienne et donc je ne peux pas réellement vous dire quelles sont les applications cliniques directes de cela, mais ce dont je peux parler ce sont des idées générales que je peux avoir sur la prévention de la dépression postnatale et vers quels axes de recherche nous devons aller ainsi que leurs implication. Avant tout, je pense que nous devrions envisager une approche des soins gradués pour la prise en charge de la dépression post natale, et bien sur le premier niveau devant être son identification précoce. Je pense que ce qui peut être fait précocement dans le postpartum plutôt que plus tardivement est majeur. Si nous identifions les mères qui présentent des symptômes dépressifs débutants, peut-être que le meilleur premier niveau serait de développer la prévention de la dépression postpartum, une intervention de prévention secondaire, quelque chose de très facile à mettre en place comme le soutien de pairs par téléphone. Je pense aussi que nous avons besoin de commencer à nous centrer un peu plus sur les pères. Tout d'abords, ils présentent également des dépressions postnatales précoces. Une méta-analyse suggère que 10% d'entre eux vont présenter un épisode dépressif pendant les 12 premiers mois postpartum, et il est de plus en plus évident qu'il y a une relation forte entre la dépression du père et de la mère et l'un des plus fort facteur de risque de dépression postnatale paternelle qui est les antécédents de trouble psychiatrique de la mère. Mais également, si les mères présentent une dépression postnatale, cela augmente le risque chez le père. Donc je pense que nous devons commencer à considérer le contexte familial dans son entier en période périnatale précoce et quels types de ressources de soutien sont disponibles pour telle ou telle famille et de quelle manière ils s'ajustent à cette transition. Ainsi de la même manière, je pense qu'une intervention innovante qui permettrait d'assister les familles durant cette période transitionnelle pourrait être quelque chose s'approchant du co-rôle parental co-parentalité. Les caractéristiques du co-parentalité sont d'augmenter les capacités du

10

couple à la résolution de problèmes, de gérer les conflits, d'avoir une communication productive et de fournir du soutien au rôle parental de l'autre. Cela a pour effet d'augmenter la communication efficace, la cohésion, et la flexibilité avec dans la relation parentale pour aider le couple à atteindre leurs objectifs de parentalité. Il a été démontré que des démonstration de respect, la reconnaissance des forces de parentalité de l'autre, le soutien apporté au couple en situation stressante et l'augmentation de l'estime de soi en terme de compétences parentales. Il est reconnu que cela augmente les démonstrations de respect, la reconnaissance des forces de parentalité de l'autre, cela aide le couple en situation stressante et augmente l'estime de soi en terme de compétences parentales. Je pense que quand on s'intéresse aux facteurs de risques de dépression postnatale et que l'on sait combien est importante la place du père durant cette période, je pense que potentiellement l'exploration de la valeur d'intervention de co-parentalité pourrait être une intervention de prévention très importante.

(29:10) Dr. O'Hara: Cindy-Lee Dennis merci beaucoup. Votre travail est très intéressant et important et nous attendons avec impatience vos futurs projets. Je reviendrai vers le Professeur Dennis à la fin de ce programme pour discuter de sa récente revue cochrane.

Interview du Dr. Brugha

(29:26) Dr. O'Hara: J'ai le plaisir d'accueillir maintenant Terry Brugha, qui est professeur de psychiatrie dans le département de sciences de la santé à l'Université de Leicester à Leicester, en Angleterre. Le Dr. Brugha a une très longue expérience dans le registre des troubles de l'humeur et a publié beaucoup de travaux très cités. J'ai noté que son premier ouvrage, publié en 1982, a coïncidé avec le mien. Il n'a pas ralenti au cours des années, en fait, son taux de publication continue d'accélérer. Au cours des dernières années, le Dr Brugha a vu son intérêt pour la prévention de la dépression périnatale grandir. En particulier, le Dr Brugha en collaboration avec Jane Morrell, a fait un travail très important sur la formation des « health visitors » (visiteurs de santé) au Royaume-Uni, pour les sensibiliser à l'identification et à la prise en charge de la dépression périnatale et de proposer des interventions brèves.

Terry, bienvenue. Pourriez-vous nous expliquer l'origine de l'idée d'utiliser les « health visitors » pour prévenir la dépression post-partum?

(30:20) Dr. Brugha: Merci beaucoup Mike et merci beaucoup pour ces aimables paroles d'introduction. Pour être honnête, cette idée tournait depuis longtemps, mais personne n'avait vraiment réfléchi à la façon de le mettre en oeuvre. Auparavant, nous avons mené une étude qui a impliqué des professionnels de la santé mentale et vous devez probablement vous en rappeler que parce que je l'ai présenté lors de la réunion de la Société Marcé que vous aviez organisé dans l'Iowa il y a plusieurs années. Nous

avons rencontré un certain nombre de problèmes avec cette étude. Les taux de refus à l'inclusion étaient assez élevés. Il y a aussi eu des perdus de vue pendant l'étude, si bien que même si nous avons recueilli des résultats sur la plupart des femmes, beaucoup d'entre elles n'avaient pas vraiment pris part à l'intervention que nous utilisions alors. Et cela n'a pas été particulièrement efficace, ce qui était frustrant.

Nous avons ensuite passé une période de temps de travail directement avec les « health visitors » et aussi avec les sages-femmes, en particulier celles de la communauté dans la région de Leicester pour essayer accéder à une meilleure compréhension de la façon dont elles travaillaient et réfléchir à comment nous pourrions travailler plus efficacement ensemble. Et cela faisait partie de notre projet dont les personnes du Royaume-Uni qui nous écoutent se souviendront, le projet « Surestart », qui a été conçu pour fournir plus de soutien aux très jeunes familles, en particulier dans les quartiers vulnérables de notre ville. Après avoir fait cela, nous avons depuis non seulement travaillé avec les « health visitors » dont nous parlons, mais aussi nous avons fait un travail très similaire avec les sages-femmes communautaires qui suivent les femmes pendant la grossesse

Le modèle dont je vais parler est acceptable là et faisable, ce que je pense est très important, j'y reviendrai un peu plus tard. Pour ceux qui ne sont pas familiers avec le système de santé national du Royaume-Uni, les « health visitors » sont un type de personnel soignant ayant des compétences et des expériences similaires à celles des infirmières. Ils travaillent dans les soins primaires, aux côtés des médecins de soins primaires, les médecins généralistes. Ils travaillent également aux côtés de sages-femmes communautaires et prennent le relais de la sage-femme de la communauté lorsque la mère rentre à la maison avec le bébé. Ainsi, presque chaque femme qui donne naissance à un enfant au Royaume-Uni, en Angleterre, au Pays de Galles, en Ecosse, ou en Irlande du Nord, est automatiquement en soins auprès d'un « health visitor », qui lui rend visite dès qu'elle rentre à la maison, en relais avec la sage-femme. Elle (ou il parfois) est responsable à la fois du bien-être et de la santé de l'enfant, mais aussi de celle la mère. Notre programme a pour but d'essayer d'étendre leur rôle plus particulièrement à la santé de la mère, ce qui peut être bénéfique bien sûr également au nourrisson. L'une des difficultés est qu'il s'agit d'un service universel. Tout le monde, ou presque, a accès à ce système et l'utilise. Il n'y a pas de frais, tout est pris en charge. Les femmes de familles de bon niveau économique, qui peuvent payer elles mêmes pour leurs soins de santé, font usage aussi régulièrement de ce système, et il s'agit donc d'une merveilleuse occasion d'accéder à l'ensemble de la population, à un moment très critique dans la vie des familles.

(33:46) Dr O'Hara: Terry, pourriez-vous nous en dire un peu plus sur la façon dont vous avez testé l'intervention des health visitors, et ce que vous avez trouvé?

(33:52) Dr. Brugha: Tout juste avant de faire cela, je voudrais juste vous en dire un petit peu plus si c'est ok sur la justification de l'utilisation des « health visitors » en terme de prévention de la dépression postnatale. Je l'ai déjà dit, il est très important d'avoir une approche universelle des soins, car dans l'esprit de la plupart des gens, la prévention veut dire travailler avec des gens allant bien mais dont l'état peut se dégrader plus tard. Il doit donc s'agir d'accéder aux personnes qui vont bien. Il s'agit également de permettre aux personnes qui sont prêtes à être aidés d'accéder à l'aide, ce qui est un énorme problème dans notre secteur, qui est celui de la santé mentale et de la détresse psychologique, si vous voulez. En effet, le plus grand obstacle au travail de prévention dans le cas de la santé mentale est un mauvais accès en raison de la stigmatisation et de diverses raisons connexes. Donc, juste pour citer des statistiques faites aux Pays-Bas, qui ont été publiées. Il a été estimé que seulement 1% des adultes qui auraient pu bénéficier des services de prévention gratuits de la dépression, ils ont des services de prévention de la dépression à travers tous les Pays-Bas dans les villes et les campagnes, mais seulement 1% des hommes et des femmes et des adultes font usage de ce dont ils pourraient bénéficier. Et dans le travail que nous avons fait, le taux de participation se situe entre 50 et 85%, de sorte que nous avons complètement évacué ce problème, en utilisant ce type d'approche universelle qui, si vous voulez, est incorporée aux soins de santé primaire pour tous ; il s'agit donc d'une part cruciale de la justification de notre travail. L'autre chose est que nous travaillons avec les praticiens et les cliniciens qui sont des personnes très expérimentées qui excellent à aider les mères autres, les enfants en bas âge, et je pense que ceci est la raison pour laquelle nous leur proposons 8 jours de formation sur 2 sujets choses. L'un d'eux est l'évaluation de la dépression comme objectifs des « health visitor » en postnatal. L'autre est d'être réellement en mesure d'offrir des séances de soutien psychologique, dont je parlerai un peu plus par tard. Huit jours de formation semblent être suffisant pour ce groupe très expérimenté. Nous avons un autre programme au Royaume-Uni que certaines personnes connaissent, qui est de rendre ces thérapies beaucoup plus largement accessibles au niveau des soins primaires, mais la formation prend plusieurs mois, car on recrute des psychologues diplômés sans expérience, ce qui nous semble être une manière beaucoup moins efficace de faire les choses. Nous en sommes arrivés maintenant à faire que les sages-femmes de la communauté, qui sont les sages-femmes que les femmes rencontrent lorsqu'elles deviennent enceintes, soient rencontrées lorsqu'elles se rendent auprès de leur médecin de soins primaires local d'abord. Ce modèle fonctionne parce que, dans un sens, il est acceptable, les sages-femmes et les patientes l'apprécient, nous avons d'ailleurs un taux de participation plus élevé dans ce groupe. Si nous regardons donc depuis ce que je pourrais appeler une perspective de santé publique, et c'est la dernière justification que je veux souligner, depuis cette perspective nous avons une prévention universelle : un modèle de traitement ou d'intervention précoce qui est très acceptable pour les femmes ou si vous préférez les patientes, ainsi que pour 2 cliniciens qui par ailleurs ne seraient pas formés en santé mentale. Cette étude, l'étude PONDER a été conçue pour répondre à une question simple, à savoir est-ce que les femmes qui sont positives pour la dépression en utilisant l'EPDS à environ 6 semaines de post-partum, entre 4 et 6 semaines, ont plus de chance

d'être négatives, c'est à dire en-dessous du cut-off ?

Le modèle fonctionne dans le sens où il est acceptable, que les sages-femmes et les femmes elles-mêmes l'apprécient, nous avons eu en fait un taux d'acceptation plus élevé dans ce groupe. Donc il faut le considérer dans ce qu'on pourrait appeler une perspective de santé publique, ce qui est la dernière chose que je voudrais souligner à propos de la justification de notre travail. D'un point de vue de la santé publique, ce que nous avons développé est une prévention universelle, un traitement précoce ou un modèle d'intervention précoce qui est acceptable par les femmes et si vous voulez les patientes, et aussi 2 type de cliniciens qui ne sont par ailleurs pas formés aux techniques de santé mentale. Pour vraiment répondre à votre question sur la façon dont nous avons testé cela, je vais passer maintenant à l'étude PONDER que vous avez mentionné en citant Jane Morrell au début. C'était une étude sur une très grande partie de l'Angleterre, avec une population d'environ 5 à 5,5 millions de personnes, dans une région de l'Angleterre de l'est, ce que nous appelons la région du Trent. Cette étude, l'étude PONDER a été conçu pour répondre à une question très simple, qui est : est-ce que les femmes dont le l'EPDS est positive pour la dépression à environ 6 semaines après l'accouchement (4 à 6 semaines), sont plus susceptibles d'être négatives, en d'autres mots en dessous du cut-of, 6 mois après l'accouchement, si elles sont suivies par un « health visitor » qui a bénéficié de cette formation de 8 jours à l'évaluation de la dépression et à fournir un nombre limité de séances basés sur un modèle cognitivo-comportementale ou sur l'aide centrée sur la personne type counseling, nous avons ces 2 modèles ? Ce qui a rendu possible la recherche sur la prévention dans ce domaine est quelque chose de très curieux, de très rare dans les essais. La plupart des essais de ce genre passent beaucoup de temps et d'efforts et d'argent pour identifier les groupes de s'agirait de femmes avec un début de dépression postnatale. Puis ils oublient toutes les personnes qui ont accepté de participer à l'étude qui ont été négatifs au dépistage au point d'entrée dans l'étude. Nous, nous n'avons pas fait comme ça, nous avons recueilli les données chez les femmes qui ont accepté de participer à l'étude et qui se sont engagées à rester dans le projet. Nous avons des données pour toutes les participantes, et pas seulement celles qui nous intéressent en termes d'analyse en intention de traiter. Nous avons travaillé avec Jane Morrell qui a fait un travail extrêmement difficile en recrutant environ 2500 femmes, il y en avait en fait beaucoup plus que cela, ils ont donné le chiffre d'environ 6.000 femmes au départ, mais je pense que nous nous sommes retrouvés avec un peu moins de 3000 femmes qui ont été effectivement initialement incluses dans l'étude. Quand nous nous sommes assis ensemble près de 3 ou 4 ans plus tard pour regarder les résultats qui nous ont été présentés de façon très formelle par les statisticiens, aucun d'entre nous n'avait eu accès aux résultats jusqu'à ce que le travail sur le terrain ait été fini, nous étions très strictes à ce sujet. On nous a présenté les résultats principalement à propos des femmes qui étaient à risque et qui ont été soutenus par les « health visitors », mais nous avons eu aussi des résultats pour toutes les autres femmes de l'essai. Nous avons les résultats pour l'ensemble de la population ainsi que le groupe à haut risque qui avaient un test

positif après la naissance. J'ai remarqué que les tailles d'effet, les odds ratios étaient presque exactement les mêmes dans les deux groupes. Je ne pourrai jamais oublier cette réunion, qui est probablement l'une des réunions de recherche les plus importantes à laquelle j'ai été impliqué au cours de ma vie. Lors de cette réunion, personne d'autre ne semblait faire attention à ce que j'appelle ce tableau d'ensemble. Je travaille, comme vous le savez maintenant depuis longtemps, au moins une décennie, sur la prévention. J'ai été formé en santé publique et en épidémiologie à la London School of Hygiene et à l'Institut de Psychiatrie, donc je recherchais ces types d'effets, je savais que cela pourrait être très utile et intéressant. Je relevais cela lors de cette réunion et il a été convenu que je mettrais en place un plan pour analyser les données sous cet angle, une sorte d'analyse secondaire, et que je serais éventuellement mis en place un papier qui est maintenant, publié dans *Psychological Medicine*, qui est largement lu et cité. Ce que nous avons montré de primordial, un résultat clé en termes de prévention, est que les femmes qui étaient testées négatives à l'EPDS à l'inclusion, 6 semaines après l'accouchement. Celles qui étaient dans ce que nous appelons le groupe contrôle dont le « health visitor » n'avait pas eu de formation supplémentaire et qui participaient juste à l'étude. Environ 11% d'entre elles sont devenues positives 6 mois après l'accouchement. Dans les 2 groupes d'intervention, seulement 8% d'entre elles sont devenues positives. Cela représente une réduction de 11% à 8% chez les femmes qui étaient négatives immédiatement après l'accouchement, ce qui représente une réduction d'environ 27% de la prévalence, et ce sont des données en population générale. Je n'ai jamais dans ma vie, et j'ai étudié la dépression et l'épidémiologie de la dépression depuis que j'ai commencé à faire des recherches dans les années 1970, je n'ai jamais trouvé aucune preuve du fait qu'il soit possible de réduire d'autant la prévalence de la dépression dans une population. Il y a d'autres résultats qui, si vous me permettez de les mentionner sont réellement intéressants, L'un d'eux est l'avantage d'être suivi par « health visitor » qui avait eu cette formation supplémentaire était toujours présent à 12 mois, et à 18 mois, car nous avons un suivi de 18 mois, bien qu'il se soit limité à relativement peu de femmes. L'autre chose qui est vraiment curieuse, est que ces « health visitors » n'ont pas proposé de session supplémentaire de soutien psychologique à ces femmes parce qu'elles étaient négatives. A quel effet ces femmes ont été exposées n'est pas celui des séances de thérapie psychologique, mais ce à quoi elles ont été exposées était un « health visitor » ayant bénéficié de l'ensemble de cette formation supplémentaire, les fameux 8 jours de formation. Une autre chose au sujet des résultats qui, je pense est tout à fait intéressante et qu'il me semble utile de mentionner, est que l'approche de conseil centrée sur la personne et l'approche cognitivo-comportementale étaient tout aussi efficace à la fois chez les femmes à haut risque que dans l'ensemble de la population.

Une dernière chose, qui est très importante et fortuitement intégrée à cette expérience, cet essai contrôlé randomisé contrôlé, est la seconde expérience des femmes en contact avec les « health visitors » qualifiés. La moitié de l'échantillon a été randomisée et ont eu une EPDS et un entretien avec les « health visitors », et bien sûr, elles étaient toutes négatives, ça a été une

conversation agréable parce que le « health visitor » discutait chacun de leurs symptômes avec elles, ils avaient été formés pour le faire, et pouvoir dire, ok vous êtes négative.

Nous pensons que cela signifiait à ces femmes que si elles avaient des difficultés plus tard, dans les années à venir, n'importe quand jusqu'à ce que leur enfant ait commencé l'école, parce que, en théorie, elles peuvent être en contact avec un « health visitor » à tout moment jusqu'à ce que l'enfant commence l'école, , elles peuvent retourner voir ce « health visitor », puisqu'elles le connaissaient déjà, il s'agit de quelqu'un qui les a aidés pour la santé de leur enfant, et pour leur propre santé physique. Cela signifiait qu'ils ne devaient pas être en contact avec quelqu'un d'autre. Donc, il y a un autre type de stigmatisation impliqué dans tout cela et nous pensons que ce fut extrêmement rassurant pour les femmes.

En fait, nous avons effectué un travail qualitatif dans ce projet que nous avons fait depuis avec les sages-femmes de la communauté, et qui est l'une des choses que les femmes de cette étude nous ont fait remarquer que, même si elle n'avait pas d'importance pour nous à l'époque, nous savions bien être important que quelqu'un parle de ces difficultés parce que nous nous inquiétons tous que ces choses puissent aussi nous arriver. Il n'y a pas de stigmatisation, il n'y a pas d'effet menaçant à être exposé si vous voulez, qui est ce que les gens redoutent. Personne n'irait voir un médecin ou un psychologue ou un psychiatre, qui nous est socialement difficile, c'est ce que les gens redoutent, voilà pourquoi si peu de gens font cela. Il y avait le potentiel d'aide si nécessaire, il y avait un sentiment d'espoir si vous voulez. Une autre préoccupation sous-jacente chez ces femmes à la fois pendant la grossesse et quand l'enfant est né, est de savoir s'elles seront autorisées à continuer à prendre soin de leur enfant. Nous avons ressenti à nouveau que ce fut quelque chose qui les rassuraient, qu'elles ne seraient pas séparées, parce qu'elles avaient confiance leur « health visitor ».

(45:34) Eh bien, c'était le professeur Terry Brugha de l'Université de Leicester. Professeur Brugha - merci beaucoup. Ca a été une conversation fantastique et tous mes voeux pour encore plus de succès dans votre travail sur la prévention de la dépression et de l'anxiété périnatale.

Interview II du Dr. Dennis

(45:49) Dr O'Hara: Donc, Cindy Lee, vous avez fait beaucoup de revues de la littérature sur la prévention de la dépression post-partum. Vous venez de publier une récente revue Cochrane. Pourriez-vous développer un peu vos commentaires et nous dire ce que vous avez appris de cette revue et quels sont les « take home messages »?

(46:04) Dr. Dennis: J'ai récemment mis à jour une revue systématique Cochrane que j'ai d'abord commencé à travailler en 2002, et n'ai terminé qu'en 2004. Nous l'avons publiée dans le BMJ en 2005, mais elle était déjà dépassée de sorte que nous l'avons mise à jour et avons ajouté des essais supplémentaires et elle a été publiée l'année dernière. C'est une revue Cochrane qui a examiné les interventions psychosociales et psychologiques à visée préventive de la dépression post-partum. Notre objectif est l'intervention psychosociale et psychologique parce qu'ils s'adressent vraiment clairement à un grand nombre des facteurs de risque de dépression post-partum. Dans cette mise à jour de la Cochrane nous avons inclus 28 essais contrôlés randomisés, et nous avons trouvé que les interventions psychosociales et psychologiques appliquées aux nouvelles mères ou aux femmes durant la période de la grossesse, permettent de réduire le risque de développer une dépression post-partum de 22%. Il y a potentiellement une place pour ce type d'interventions dans notre système de santé actuel. Dans cette revue Cochrane j'examine aussi la meilleure manière d'appliquer ces interventions pour obtenir un effet préventif. Les recherches suggèrent que divers professionnels de la santé peuvent fournir ces interventions préventives, nous n'avons pas non plus trouvé d'effet préventif important. Aucun groupe de professionnels de soins spécifique n'est ressortie comme étant plus efficace pour ce type d'interventions. Les interventions individuellement avaient tendance à être plus bénéfiques que les interventions de groupe. Les interventions qui ont été initiées en anténatal n'ont pas d'effet préventif, ou si elles débutent avant la naissance et continuées dans la période du post-partum, nous n'avons pas non plus retrouvé d'effet préventif fort. Les interventions les plus bénéfiques sont celles qui ont été débutées au début de la période post-natale et comme nous ne savons pas comment identifier de manière fiable les mères en anténatal, c'est à dire celles qui sont asymptomatique au cours de la grossesse, et donc nous ne pouvons identifier les mères qui développent ensuite une dépression post-partum, nous ne savons pas comment le faire de manière fiable à l'heure actuelle avec des valeurs prédictives positives fortes ou élevés des outils de dépistage. Ma recommandation est de s'intéresser aux interventions au début de la période du post-partum pour identifier les mères présentant une symptomatologie dépressive potentielle. Je parle de symptomatologie dépressive potentielle, car la revue Cochrane a également suggéré que les interventions qui permettent d'identifier les mères comme étant à risque étaient également plus susceptibles d'avoir un effet préventif qu'une intervention préventive universelle.

Ma recherche a également indiqué que si nous devons faire davantage de recherches dans ce domaine que les interventions préventives secondaires semblent être la manière sur laquelle nous devrions nous concentrer. Les interventions les plus susceptibles d'avoir un effet préventif étaient les interventions qui ont visé à fournir un soutien professionnel au début de la période du post-partum, et des interventions qui étaient basés sur la PTI (la Psychothérapie Interpersonnelle), et le soutien téléphonique par des pairs, qui étaient les interventions les plus bénéfiques.

(49:30) Dr O'Hara: Cindy Lee Dennis, merci beaucoup de m'avoir rejoint et j'apprécie vraiment l'excellent travail que vous

avez fait et nous nous réjouissons de découvrir d'autres de vos travaux à l'avenir. Je vous remercie.

Conclusion

(49:41) Dr O'Hara: Comme je l'espère que vous avez compris de ce programme, il y a beaucoup de développements passionnants dans les efforts visant à prévenir la dépression post-partum. Ces travaux ont été réalisés dans le monde entier et ce programme n'a abordé que quelques-uns de ces efforts. Cette vidéo éducative, parrainé par la Société Marcé, est la première d'une série et je souhaite que vous vous joignez à nous à l'avenir pour que nous discutons des questions importantes pour la santé mentale périnatale tels que le dépistage de la dépression périnatale, l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le contexte de la dépression maternelle et l'utilisation des antidépresseurs, et de pratiquer des décisions fondées sur une réflexion bénéfice-risque pour l'utilisation des antidépresseurs pendant la grossesse et l'allaitement. Merci encore pour votre intérêt pour le travail de la Société Marcé.

Video copyright held by the Marcé Society for Perinatal Mental Health ©2014, ©2015 This activity is supported by an educational grant from Lilly. For further information concerning Lilly grant funding visit www.lillygrantoffice.com. Lilly had no role or oversight of the material within this program.