

étude

Rôle des infirmières petite enfance pour accompagner les mères vulnérables à risque de dépression post-natale

MARIA ASSUMPTA
ORTIZ-COLLADO^{a,*}

Infirmière en santé mentale
et psychiatrie, MSc santé
Communautaire, PhD et
professeure ordinaire à la
Haute École de la santé
La Source, Lausanne

VANESA CABANA SALGADO^a
Infirmière nouvelle diplômée
de la Haute École de la santé
La Source, Lausanne

SOUAD CHAKIR TURQUI^a
Infirmière nouvelle diplômée
de la Haute École de la santé
La Source, Lausanne

HASINA

AMSTUTZ BONNEFOY^b
Infirmière formée par un DAS
actions communautaires
et promotion de la santé ;
infirmière aux urgences de
l'Hôpital de l'enfance, infirmière
spécialisée en consultation
famille (adultes et enfants)

^aInstitut et Haute École
de la santé La Source,
HES-SO, Avenue Vinet 30,
CH-1004 Lausanne, Suisse

^bHôpital de l'enfance
de Lausanne,
Chemin de Montétan 16,
CH-1004 Lausanne, Suisse

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :

m.ortizcollado@ecolelasource.ch
(MA. Ortiz-Collado).

■ La dépression post-natale est un problème prioritaire de santé publique ■ Sa prévalence ainsi que ses répercussions sur la femme et son enfant justifient la mise en place d'interventions infirmières spécifiques afin d'éviter que la pathologie s'installe et devienne chronique ■ Cette problématique a fait l'objet d'une étude de la Haute École de la santé de Lausanne en Suisse.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - accompagnement à domicile ; dépression post-natale ; infirmière petite enfance

Role of early childhood nurses in supporting vulnerable mothers at risk of postnatal depression. Postnatal depression is a priority public health problem. Its prevalence and its impact on women and their children justify the implementation of specific nursing interventions to prevent the disease from settling in and becoming chronic. This problem was the focus of a study by the Haute École de la santé de Lausanne in Lausanne, Switzerland.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - home support; postnatal depression; early childhood nurse

Les infirmières qui dispensent des soins à domicile à la période périnatale constatent une réalité de plus en plus complexe en ce qui a trait aux situations sociosanitaires des familles desservies. En effet, la précarité économique, la présence de troubles de santé mentale, le manque de soutien social, l'isolement, la violence cachée ou peu verbalisée, le stress évident ou les déficits divers de certaines familles représentent un défi important pour les infirmières par rapport au type d'intervention à proposer et aux limites de cadrage. Un des problèmes récurrents est la dépression post-partum (DPP) de la nouvelle mère, souvent non diagnostiquée.

■ La DPP est définie par la présence d'un épisode dépressif

d'intensité variable, qui apparaît au cours des premiers mois post-nataux et continue à se manifester au-delà de cette période. Elle réunit les conditions diagnostiques d'une dépression telle que décrite dans le Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux DSM-5 [1].

■ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [2], pratiquement toutes les femmes peuvent développer des troubles psychologiques pendant la grossesse et pendant la première année qui suit l'accouchement. Des facteurs de vulnérabilité psychosociale tels que la pauvreté, la migration, le stress, l'exposition à la violence (domestique, sexuelle ou basée sur le genre), les situations d'urgence et de conflit

ainsi que la perception du faible soutien social augmentent le risque de troubles plus spécifiques. La DPP affecte 13 % des femmes et, dans les pays en voie de développement, ce pourcentage s'élève à 20 % au minimum [2,3].

■ La DPP se manifeste par des symptômes tels que : l'anxiété, l'humeur dépressive, le manque d'intérêt pour des activités, la honte, le sentiment de culpabilité, les troubles du sommeil et, dans des cas extrêmes, l'apparition des idées suicidaires. Les conséquences de la DPP touchent la mère, le bébé et toute la famille. Plus le trouble perdure dans le temps, plus graves seront les effets. Le risque le plus important, mis à part l'idée de donner fin à la vie est la chronicité du

problème [3,4]. La perception de solitude, la sensation d'être incomprise par l'entourage, l'inquiétude extrême pour son bébé sont parmi les signes de dépression plus présents que la tristesse [3-5].

■ **Un des obstacles à l'intervention chez les mères déprimées** est que, souvent, le trouble passe inaperçu car les femmes sont réticentes à en parler. Elles se sentent coupables de ne pas être heureuses. Mais, une dépression prénatale peut précéder la DPP, donc la détection précoce est possible.

■ **Les femmes qui présentent une dépression post-natale sans avoir vécu des symptômes dépressifs prénataux** sont souvent celles qui rapportent un vécu difficile de l'accouchement ou des suites de cet événement, des problèmes graves de santé du bébé, ou d'autres types de problèmes qui apparaissent après la naissance [3,5]. Ces derniers peuvent être d'ordre socio-économique, issus de l'adaptation au nouveau pays d'accueil, de manque de repères ou de situations familiales complexes. Les mères immigrées depuis cinq ans ou moins sont celles qui présentent le plus de risques et un taux de prévalence plus élevée de DPP [6]. Comme les retombées du problème sont aussi plus importants chez ces femmes migrantes et leurs enfants, il importe de porter attention particulière à ce groupe de personnes.

■ **D'autre part, le contexte d'intervention varie d'un pays à l'autre** avec des enjeux particuliers en fonction du système de santé, c'est pourquoi il convient d'en tenir compte lors des propositions.

■ **Nous interrogeant sur les différents rôles à adopter par**

l'infirmière petite enfance (IPE) dans le cadre de la DPP associée à la migration, nous avons procédé à une étude en nous basant initialement sur une revue de la littérature¹.

VULNÉRABILITÉ PSYCHOSOCIALE ET DÉPRESSION POST-NATALE

■ **La santé de la dyade mère-enfant est plus précaire** pour les groupes vulnérables sur le plan psychosocial ; les femmes migrantes et toutes celles qui vivent sous le seuil de la pauvreté présentent plus de risques. Selon le rapport de 2015 du Bureau de la santé publique suisse [7] il faut considérer, d'une part, le risque périnatal des femmes migrantes en fonction du nombre d'années passées en Suisse et du niveau culturel et, d'autre part, il faut développer et mettre en place des interventions adaptées destinées à prévenir ou à minimiser ce risque.

■ **L'arrivée de personnes migrantes est une réalité de plus en plus notable** dans la société actuelle. Ce phénomène présente un double aspect, d'un côté, une richesse en termes d'apport culturel et d'augmentation des ressources humaines pour contribuer au développement du pays d'accueil et, de l'autre, en début de la période d'adaptation, la personne immigrée peut manifester des vulnérabilités nécessitant un soin particulier qui provoque la mobilisation de connaissances diverses.

■ **La méconnaissance du système sociosanitaire et des droits d'accès aux soins**, la précarité du statut social causé par le type de permis de séjour et/ou par un très faible revenu, ainsi que les problèmes



© Africa Studio/stock.adobe.com

S'intéresser aux mères migrantes est primordial car elles présentent un risque élevé de dépression du post-partum en raison de l'éloignement de leur famille, des difficultés de compréhension de la langue ou d'accès aux services existants.

de communication sont parmi les facteurs en cause dans l'inadéquation de l'utilisation des services avec les enjeux éthiques que l'inégalité d'accès aux soins soulève [8].

■ **L'immigration est très importante en Suisse**, pays qui a présenté en 2017, selon l'Office fédéral de la statistique, 87 381 naissances dont 26 257 étaient issues de femmes étrangères [9]. Il est donc primordial de s'intéresser aux mères migrantes qui, selon les constats, auraient un risque plus élevé de souffrir de DPP pour des raisons diverses, telles qu'une faible utilisation du réseau sanitaire, l'éloignement de leurs familles,

NOTE

¹ Cet article est le fruit d'une proposition de Maria Assumpta Ortiz-Collado, infirmière en santé mentale, MSc santé communautaire, PhD et professeur à l'école La Source. En effet, la réflexion découlant du travail de *bachelor* (TB) de Vanesa Cabana Salgado et Souad Chakir Turqui, deux nouvelles diplômées en soins infirmiers a permis d'élargir les conclusions. Le contenu de l'article est donc l'approfondissement d'une partie des conclusions du TB dirigé par MA Ortiz-Collado. Le texte présenté pour publication bénéficie des apports de l'experte de terrain, Hasina Amstutz Bonnefoy, détentrice d'un DAS-Actions communautaires et promotion de la santé et d'un CAS- Médecine de catastrophe et d'aide humanitaire urgente, infirmière aux urgences de l'hôpital de l'enfance de Lausanne et infirmière spécialisée en consultation famille (adultes et enfants).

des difficultés de compréhension de la langue ou d'accès aux services existants.

■ **Comme la DPP est plus fréquente chez les femmes défavorisées** et que les conditions de précarité sont aussi plus habituelles chez les mères nouvelles arrivantes, il est donc pertinent d'en tenir compte au moment de fixer des objectifs d'intervention lors du suivi post-natal à domicile. Les infirmières jouent un rôle très important auprès de la mère afin qu'elle vive au mieux sa maternité. Notre revue de la littérature effectuée dans le cadre du travail de *bachelor* en soins infirmiers a permis d'identifier les aspects relevant du rôle infirmier dans la problématique traitée.

CONTEXTE DES SOINS À DOMICILE

■ **Dans certains pays européens**, dont la France et la Suisse, il existe un suivi de santé mère-enfant à domicile qui est gratuit. En Suisse, les premières visites post-natales sont assurées par des sages-femmes indépendantes, elles sont relayées par la suite par des IPE. Les soins prodigués par les IPE sont garantis par le programme cantonal d'aide et soins à domicile de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (Avasad) [10].

■ **Normalement, ce service est proposé aux nouvelles mères** lors de leur séjour à la maternité de l'hôpital de référence. Toutefois, cette offre ne se fait pas d'office dans toutes les cliniques et maternités, ni dans tous les cantons du pays. Certaines mères vulnérables, n'étant pas informées ou n'ayant pas compris le caractère préventif du service, n'y recourent pas.

■ **En général, les nouvelles mères qui bénéficient des soins à domicile** développent un lien précieux avec les infirmières ; ce lien favorise le partage d'informations privilégiées de la vie et de la santé des femmes. Comme la santé de la mère est essentielle pour la vie du bébé, les IPE sont souvent à l'écoute des demandes directes et indirectes des nouvelles mères. Les soignantes sont ainsi confrontées à des problématiques de santé mentale auxquelles elles n'ont été formées que partiellement. Les infirmières ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour répondre à certains besoins.

■ **Les soins adressés à l'enfant doivent s'adapter aux besoins des familles** quitte à transformer les objectifs de l'intervention. Comment faire pour gérer les demandes qui risquent de dépasser la disponibilité, les ressources et, parfois, les différentes responsabilités identifiées ? Par ailleurs, les visites à domicile ont une durée déterminée, elles peuvent se prolonger seulement si une demande émane du pédiatre, donc sur délégation médicale. En absence d'un protocole incluant la DPP comme critère de continuité des soins infirmiers à domicile, il faudrait trouver un moyen d'offrir un service tel que l'accompagnement à moyen et long terme aux mères à risque de DPP. Mais quel serait alors le rôle infirmier à adopter ?

■ **Deux types de situations méritent une réflexion** en ce qui concerne les soins périnataux à domicile. Premièrement l'accès à ces services pour toutes les femmes à risque de DPP qui a été abordé dans une publication en 2019 [8] ; deuxièmement la

mise en place d'un dispositif d'accompagnement des nouvelles mères à risque de DPP avec des rôles clairs pour les soignantes.

■ **Sur ce deuxième point, il convient de décrire le rôle infirmier des IPE** intervenant auprès des nouvelles mères à risque de DPP et de proposer d'intégrer ces fonctions dans l'accompagnement à domicile destiné aux femmes concernées. La modalité d'accompagnement proposé devrait bénéficier à toutes les nouvelles mères vulnérables sur le plan psychosocial compte tenu de leur facteur prononcé de risque de DPP, particulièrement les migrantes primo-arrivantes.

MÉTHODOLOGIE

La revue systématique de la littérature effectuée se découpe en quatre étapes.

■ **La première est celle de la formulation de la question principale.** Cette phase nécessite une connaissance préalable du sujet et se fait par le biais d'une recension des écrits issus de livres et d'articles. La question formulée était : « *Quelle est le rôle de l'IPE dans la prévention de la chronicité de la DPP et quelles propositions sont envisageables pour l'intervention destinée à ces fins ?* »

■ **Recherche et sélection des études pouvant répondre à la question formulée** constituent le deuxième temps. Un grand nombre d'articles ont été identifiés à partir des équations utilisées. Ensuite, sept articles ont été retenus pour l'analyse, en appliquant des critères de sélection, tout en considérant les limites d'un travail de *bachelor* (niveau d'exigence et ampleur de l'étude) (*encadré 1*).

■ **Le troisième stade inclut l'évaluation des études,**

l'identification du type d'études et l'extraction des données pertinentes.

■ Enfin vient l'analyse des données obtenues et l'interprétation des résultats.

Le travail d'interprétation n'est pas facile car les informations recueillies sont diverses et le type d'étude diffère d'un article à l'autre. Les résultats de l'étude effectuée ne permettent pas de se prononcer sur des recommandations. Celles-ci doivent s'appuyer à la fois sur des méta-analyses, des essais cliniques randomisés, des études d'observation analytiques et d'opinions d'experts ainsi que d'usagers. Le respect de cette rigueur aurait dépassé les exigences attendues. Nous nous sommes donc restreints aux lectures ainsi qu'aux échanges avec des experts du sujet et de terrain.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

La littérature centrée sur la DPP est actuellement très large. Les articles portant sur des interventions qui s'inspirent de modèles théoriques divers sont nombreux. Pour notre étude, la recherche s'est concentrée principalement sur deux bases de données, PubMed et Cinahl. Parmi les interventions décrites par les auteurs, celles qui semblent les plus probantes pour éviter la chronicité de la DPP et diminuer les symptômes dépressifs sont : les stratégies d'adaptation à la transition et aux nouveaux rôles, le soutien émotif et éducatif visant la problématique de la dépression, la promotion d'habitudes de vie saine et le partage des émotions ainsi que le soutien instrumental. Ces interventions peuvent s'insérer dans des rôles infirmiers.

Encadré 1. Articles analysés dans l'étude

- **Haga SM, Lynne A, Slinning K, Kraft P.** A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26:458-66.
- **Ho SM, Heh SS, Jevitt CM, Huang LH, Fu YY, Wang LL.** Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression. A randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Couns* 2009;77(1):68-71.
- **Neiman S, Carter S, Van Sell S, Kindred C.** Best practice guidelines for the nurse practitioner regarding screening, prevention, and management of postpartum depression. *Crit Care Nurs Q* 2010;33(3):212-8.
- **Pessagano RA, Hunker D.** Using short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first mothers at risk for postpartum depression. *Perspect Psychiatr Care* 2013;49(3):202-9.
- **Surkan P, Gottlieb BR, McCormick MC, Hunt A, Peterson KE.** Impact of a health promotion intervention on maternal depressive symptoms at 15 months postpartum. *Matern Child Health J* 2012;16(1):139-48.
- **Tandon SD, Leis JA, Mendelson T, Perry DF, Kemp K.** Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Matern Child Health J* 2014;18(4):873-81.
- **Top ED, Karaçam Z.** Effectiveness of structured education in reduction of postpartum depression scores: a quasi-experimental study. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(3):356-62.

IPE ET PRÉVENTION DE LA CHRONICITÉ DE LA DPP

■ **Selon Jacky Merklings**, cadre de santé, « *le rôle de l'infirmière est constitué par l'ensemble des actes relevant de sa compétence. Ces actes répondent à des missions telles que soigner, prévenir, évaluer, préserver l'autonomie[...] or quand il s'agit de la santé mentale [...] le rôle est moins défini laissant place à l'initiative, ce qui oblige au soignant de compter sur ses propres ressources, dont l'expérience* » [11].

■ **Une lacune évidente du métier est l'absence de consignes claires** quant aux rôles à adopter dans les soins à domicile qui s'adressent à la santé mentale. Ce manque de définition se fait au détriment de la mise en valeur du rôle infirmier et devient problématique lorsque le contexte des soins n'est pas considéré comme psychiatrique, alors qu'il s'agit bien de santé mentale. En Suisse, les IPE, dont l'Avasad est le centre de référence, doivent répondre à des problématiques diverses

incluant la santé mentale, sans que leur rôle soit reconnu [10].

■ **Pourtant, cinq rôles principaux de l'IPE semblent pertinents pour le soin des mères à risque de DPP**, auxquels d'autres pourraient s'intégrer afin d'élargir l'intensité de l'intervention.

Promotion de la santé et prévention dans la communauté

■ **Le rôle de promotrice de la santé implique la prévention de la maladie** donc le dépistage et la détection de situations à risque pour la santé. Concernant la dépression des nouvelles mères, les IPE devraient être autorisées à prévenir la chronicité de la DPP en appliquant un questionnaire de détection. Parmi les différents outils de détection précoce du risque de DPP, l'échelle *Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) est la plus consensuelle au sein de la communauté scientifique [12]. Les responsables des services cantonales des soins à domicile



© Andy Dean/stock.adobe.com

En tant que personne-ressource, l'infirmière petite enfance fournit à la mère les informations nécessaires à la compréhension de son problème et de son besoin d'aide.

devraient garantir la formation des infirmières et promouvoir l'utilisation de cette échelle, afin que les IPE l'utilisent une fois que la relation de confiance soignant-soigné est installée. Ce rôle de prévention est primordial dans le soin de la DPP car, pour être efficace, la détection doit être précoce. Toutefois, en Suisse, « moins de 50 % des dépressions post-partum sont détectées » [4]. Faute d'une détection, qui devrait se faire durant la période prénatale ou bien au cours des premiers mois qui suivent la naissance d'un enfant, il faut en tout cas éviter la chronicité de la DPP identifiée. L'échelle EPDS, simple et facile d'utilisation, peut s'appliquer en tout moment. Une fois le risque identifié, l'IPE peut aider les femmes à comprendre l'intérêt d'un soutien professionnel spécialisé. En effectuant des interventions de prévention et de promotion de la santé, l'infirmière protège l'enfant.

L'IPE comme personne-ressource et éducatrice

■ La fonction de personne-ressource et d'éducatrice

apparaît de manière directe (importance du soutien social et des ressources internes et externes) ou indirecte dans la majorité des articles analysés. Ce sont deux rôles, bien définis par l'infirmière américaine Hildegard Peplau [13], qui s'appliquent en amont. Une personne-ressource offre des réponses spécifiques à des questions formulées en lien à un problème déterminé.

■ **En tant que personne-ressource, l'infirmière fournit à son patient les informations nécessaires** à la compréhension de son problème, de l'étendue de son besoin d'aide et de sa nouvelle situation de santé. Pour que le patient puisse mieux participer et s'impliquer dans la récupération de la santé, l'infirmière l'aide à reconnaître les symptômes liés au problème de santé. Elle participe au recueil de données objectives et observables, les explique à la personne soignée et au médecin [13]. Elle est donc une personne-ressource pour les deux, patient et médecin, mais aussi pour d'autres professionnels qui vont intervenir à

différents moments, car l'interprofessionnalité est nécessaire.

■ **Ainsi, l'IPE peut faire le relais entre la mère et les divers professionnels** qui ne connaissent pas forcément tous les acteurs des consultations effectuées. Dans ce rôle d'éducatrice-ressource, l'infirmière facilite le transfert d'informations qu'elle possède et transmet ce qu'il importe de savoir pour améliorer la santé tout en s'adaptant aux questions et aux besoins de la femme.

Rôle de conseillère

■ **Selon Hildegard Peplau, l'infirmière écoute le patient s'exprimer sur ses sentiments** nés des événements qui ont provoqué sa situation actuelle de souffrance [13]. L'écoute non directive est une manière d'offrir au patient une caisse de résonance permettant de lui révéler ses propres sentiments. Une personne dotée d'une écoute respectueuse est précieuse pour une nouvelle mère, surtout si elle est isolée, immigrée, triste ou découragée. Les infirmières peuvent offrir des expériences aidantes et susceptibles d'atténuer les sentiments d'impuissance de la mère déprimée. Elles sont à même de souligner la nature temporaire du besoin de prise en charge.

■ **L'IPE peut aider la personne soignée à identifier les indices essentiels de sa situation**, à se concentrer sur eux et à élaborer par elle-même ses propres réponses [13]. En effet, pour H. Peplau, il importe d'identifier les connaissances, les ressources, les limites, les représentations et les croyances de la personne soignée. De plus, il est nécessaire de partager ses représentations de la santé. Dans le cas concret de la DPP, l'image d'une mère en santé est un sujet à travailler.

■ **Lorsque la situation devient complexe**, que la dépression est évidente et que la mère accepte la consultation psychologique, il est nécessaire de l'accompagner dans cette démarche. Si la femme refuse, ou qu'elle ne comprend pas la place de la consultation psychologique, un travail spécifique basé sur la transition et l'acceptation de la vulnérabilité sera mis en place.

Rôle de thérapeute dans l'accompagnement à la transition

■ **La situation particulière des femmes qui deviennent mères dans un nouveau pays** est l'une des transitions spécifiques que la théorie de la sociologue américaine Afaf Meleis permet de bien comprendre [14]. À travers les contacts étroits entre les infirmières et les nouvelles mères, les soignantes sont impliquées dans les transitions vécues par les femmes. Ces transitions sont multidimensionnelles et nécessitent un temps d'accompagnement. Mais la maternité constitue aussi une transition développementale et, en tant que telle, implique un besoin direct de soins.

■ **Les facteurs pouvant aider ou nuire à la transition saine** sont, selon A. Meleis, les conditions personnelles, communautaires et sociales [14]. L'infirmière joue un rôle en tant que facilitatrice de la transition. Pour ce faire, trois types d'interventions infirmières sont visées : les soins de transition, la suppléance de rôle et le débriefing.

■ **Les soins de transition s'inspirent directement des travaux d'A. Meleis** [15]. La suppléance de rôle incluse dans cette théorie est nécessaire dans des situations critiques d'insuffisance de rôle, lorsque la difficulté d'accomplir

un rôle pour répondre aux besoins de base est bien identifiée. Le débriefing consiste à témoigner à d'autres de sa propre expérience d'un événement marquant. La proposition idéale faite aux femmes est que le partage de leur vécu soit fait dans un groupe de pairs, entre mères issues de la même culture.

■ **Enfin, Nicolas Favez, professeur de psychologie clinique suisse**, souligne que « *la transition à la parentalité est un espace-temps à risque, susceptible d'engendrer de l'anxiété chez un parent et des troubles psychofonctionnels chez l'enfant* [16] ». Pour ces raisons, le rôle thérapeutique des soins à donner aux femmes en transition est très important.

Rôle de communicatrice

■ **Il s'avère parfois nécessaire d'accompagner la nouvelle mère à l'obtention de ressources** permettant d'améliorer la communication, surtout si elle est allophone. Face à une population étrangère, il est possible d'avoir des difficultés de communication en raison de la méconnaissance de la langue, ce qui va faire obstacle aux soins. Il est alors essentiel d'avoir recours à des techniques permettant une bonne compréhension des informations.

■ **Notons qu'il existe un système d'interprétariat facilement disponible** puisque c'est une application *smartphone*, plus simple et économique que l'interprétariat présentiel. Conçu par des ingénieurs de l'École polytechnique fédérale de Lausanne, il s'agit de la plateforme informatique Bhaasha utilisée avec succès à la policlinique médicale universitaire du centre hospitalier universitaire vaudois pour la plupart

des demandes d'interprétariat. De plus, certains outils, tels que l'échelle de dépistage EPDS, traduite en différentes langues, permettent d'évoquer les symptômes de dépression, en utilisant des phrases simples.

■ **Parfois, il existe un obstacle de compréhension au-delà de la langue**, une difficulté dans la compréhension du sens ou du signifié d'une intervention jugée nécessaire par les professionnels.

FORMATION ET ENCADREMENT DES IPE

Il va de soi que l'utilisation de différents rôles, parfois en amont, parfois par étapes, selon les besoins et les demandes de la femme fait appel au niveau de connaissances de l'infirmière IPE. La formation continue, la supervision et la discussion avec les responsables cadres de ces services s'avère nécessaire. Autrement, l'absence de détection et d'intervention risque de conduire à une péjoration de la santé de la mère, qui impactera la construction du lien mère-enfant, donc le développement de l'enfant [4].

■ **Tous les rôles décrits peuvent s'intégrer dans l'intervention**, qui consiste en un accompagnement particulier adressé aux mères à risque de DPP et surtout, aux nouvelles mères immigrées primo-arrivantes. Les propositions qui permettent de travailler avec ces rôles sont reprises dans ce que nous avons identifié comme l'accompagnement post-natal.

ACCOMPAGNEMENT POST-NATAL À DOMICILE

L'analyse des études adressées à la prévention de la DPP et de sa

chronicité nous suggère la considération d'un type d'accompagnement particulier visant la transition à la maternité et aux autres expériences du contexte périnatal.

Accompagner la mère en multitransition

■ **Certaines mères doivent s'adapter à une multitransition** lors de la naissance de leur enfant : s'intégrer à un nouveau pays dans le cas des femmes immigrées, accéder à la condition de mère pour les primipares, passer du statut de partenaire sexuelle à celui de partenaire parentale et, parfois, affronter un changement de statut social résultant de la perte de son emploi liée à la grossesse ou de la diminution de son apport financier au sein de la famille.

■ **La nouvelle mère nécessite une personne de référence**, surtout lorsqu'elle est étrangère au pays d'accueil et qu'elle se voit dépossédée de ses repères en l'absence de famille autour d'elle. L'infirmière qui réussit à être présente pour la femme, à répondre à ses questions, à l'encourager à parler et à partager, à faire le tri de ses expériences, à s'exprimer sans peur d'être jugé devient une soignante très bien perçue par la femme. L'IPE peut lui expliquer qu'il existe de nombreuses façons d'être une bonne mère, même en l'absence de certains aspects importants pour la femme, à condition de couvrir les besoins de base.

■ **L'IPE doit s'abstenir de juger la façon qu'a la femme de vivre sa maternité.** En fait, chaque personne trouve en soi un type de ressources, il s'agit juste d'explorer ensemble le champ des possibles. Par exemple, quels aspects personnels ont déjà aidé

la femme à se sortir d'une situation difficile antérieurement ? Quelles ressources personnelles croit-elle avoir ? Comment cette femme a-t-elle fait face à un problème important dans le passé ? Le fait d'amener la personne vers les aspects positifs qu'elle renferme va contribuer à réduire la pression ressentie pour avancer dans la transition.

Accompagnement de la mère dans certains apprentissages

■ **Dans le cadre de son rôle d'éducatrice et de personne-ressource** dans l'accompagnement des mères, l'IPE peut inclure des interventions éducatives, en fournissant des informations et en questionnant la mère sur son expérience de la maternité. Ces interventions, qui permettent de la sensibiliser aux risques de cette période transitoire, ne sont pas conçues comme des traitements de santé mentale à caractère stigmatisant mais plutôt comme des données destinées à améliorer les habiletés d'adaptation. En outre, chez certaines femmes, il est nécessaire de mobiliser des notions d'alimentation, de développement de l'enfant et de communication ainsi que d'autres notions transmises par le biais du rôle d'éducateur. L'intégration du père dans cet apprentissage, lorsque cela est possible, s'avère bénéfique pour la femme et l'enfant. Le fait de sensibiliser le partenaire au vécu de la mère favorise la collaboration de celui-ci dans les soins au bébé.

Autres propositions hors intervention directe

■ **Le Best Practice en soins infirmiers.** Il est important de mettre à jour les connaissances et les pratiques infirmières au sujet de la DPP en se référant

aux recherches de haut niveau de preuve. Les articles du *Best Practice* offrent aux professionnels de nouveaux protocoles utiles à la pratique.

■ **Importance de la coordination interprofessionnelle.** La problématique de santé traitée nécessite la collaboration de plusieurs intervenants à différents moments. Les infirmières et les assistantes sociales sont souvent au centre des situations plus complexes, elles occupent à la fois des rôles de coordination et de médiation, elles peuvent agir comme un pivot dans certaines situations dans lesquelles elles favorisent le lien entre professionnels. Pour l'infirmière, il est essentiel de savoir à qui elle s'adresse au moment de la transmission des informations et comment elle procède pour respecter les normes éthiques et les valeurs.

■ **Au cours de sa grossesse, la femme bénéficie d'un suivi rapproché** de la part des professionnels. Après l'accouchement, les sages-femmes seront encore présentes pour effectuer des visites au cours des deux premiers mois. Mais, par la suite, la nouvelle mère reste relativement seule, sauf si les IPE responsables du suivi de l'évolution du bébé interviennent, ce qui devrait être garanti dans le cas de risque de DPP.

■ **Cette situation doit être pensée tant du point de vue pratique qu'au niveau des responsables** du programme périnatal de la santé publique car les enjeux sont multiples :

- **La nouvelle mère ne verbalise pas ce qu'elle vit** par honte ou culpabilité, ainsi que par peur d'être jugée par le professionnel qu'elle a en face d'elle. Le stéréotype de mère heureuse continue à être présent dans notre société.

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique de psychiatrie DSM-5 version française. Paris: Elsevier Masson; 2015.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Maternal Mental Health, 2018. www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.
- [3] Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. France: Elsevier Masson; 2015.
- [4] Nanzer N. La dépression postnatale : sortir du silence. Lausanne: Edition Favre; 2009.
- [5] Hays MA. La dépression périnatale. Approche clinique et psychanalytique. Toulouse: Érès; 2017.
- [6] Ortiz-Collado MA, Cararach V, Tourné CE. Preventing the risk of postpartum depression and premature childbirth by a psychosomatic approach: a randomized multicenter study. *Prevenção del riesgo de depresión postnatal y de prematuridad con un enfoque psicomatico: estudio aleatorizado multicéntrico.* *Med Clin (Barc)* 2012;139(9):385-92.
- [7] Office fédéral de la santé publique. Santé maternelle et infantile des populations migrantes. Rapport du conseil fédéral. www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-57791.html.

- **Les symptômes de la DPP peuvent être considérés par la nouvelle mère comme un état normal** de l'accouchement (fatigue, nervosité, anxiété, etc.), dû à une méconnaissance de ce trouble, l'amenant à banaliser ce qu'elle vit.
- **Une méconnaissance du réseau sanitaire et de l'offre de soins** provoque l'isolement de la mère avec son problème car elle ne sait pas à qui s'adresser.
- **Les sages-femmes ayant accompagné la femme pendant la grossesse et l'accouchement**, ainsi que les infirmières du milieu hospitalier, ont recueilli des informations de première main sur le vécu de la mère durant cette période. Une transmission adéquate de ces données auprès des IPE permet la prise en charge optimale lors du relais entre professionnels. Toutefois, la coordination demeure incontournable. De même, la formation actualisée et la supervision permettant d'améliorer la gestion de la coordination sont à envisager.

CONCLUSION

■ **Dans le présent travail, nous nous référons aux IPE** mais aussi à toutes les infirmières

susceptibles de rencontrer les nouvelles mères à risque de DPP, par exemple celles œuvrant en psychiatrie, aux urgences ou en médecine dans le cas où la mère présenterait des symptômes somatiques. D'autres professionnels et intervenants qui peuvent apporter de l'aide aux femmes sont les assistantes sociales, les animatrices des écoles des parents ayant des enfants en bas âge ou encore les éducatrices des structures de garde.

■ **Les rôles de promotrice de la santé, personne-ressource, conseillère, thérapeute et communicatrice**, qui sont déjà adoptés en grande partie par les IPE gagneraient à être valorisés, reconnus et renforcés dans la formation spécifique des soins à domicile. Ces rôles devraient être nommés tels qu'ils sont, lors des colloques internes ou lors des présentations externes des services concernés. Tel que mentionné par certains auteurs, peu de recherches s'adressent aux pratiques professionnelles dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé [17]. L'identité professionnelle et la conception du soin sont souvent construites autour d'un modèle curatif, ce qui montre déjà une lacune institutionnelle et politique au niveau de la place à donner au modèle de la salutogénèse.

■ **Dans un système de santé où chaque offre de service sociosanitaire est facturée et reconnue de manière séparée**, la totalité des services offerts par les IPE n'obtient qu'une reconnaissance très partielle. Toutefois, le soutien social, l'écoute ou le renforcement des ressources internes des femmes, qui résultent des études de prévention de la DPP en tant qu'interventions à privilégier, forment le travail quotidien des IPE en Suisse. Les infirmières de cette génération, et surtout celles qui exercent en dehors du contexte hospitalier, ont le défi de s'approprier un rôle autonome ainsi que la fonction indépendante de la profession, entraînée par la promotion de la santé [17].

■ **Les responsables des institutions sociosanitaires** directement concernées par l'organisation des soins à domicile sont appelés à s'investir davantage. Ils devraient réussir à donner les moyens aux IPE afin qu'elles puissent faire face à la réalité de la DPP. À leur tour, ces cadres devront mobiliser les sujets impliqués dans les politiques de santé. Un changement s'impose au niveau de l'actualisation du programme de santé publique afin que la dépression des mères devienne effectivement dans la pratique une priorité reconnue. ■

RÉFÉRENCES

- [8] Ortiz-Collado MA, Coppex Gasche P. Aspects éthiques pour les interventions adressées aux femmes enceintes et aux mères en situation de vulnérabilité psychosociale. *Bioethica Forum*. 2019.
- [9] Office fédéral de la statistique. Naissances et décès 2016-2018. www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces/naissances.html.
- [10] Association vaudoise d'aide et de soins à domicile. Cadre de référence et définition des prestations pour les IPE dans le canton de Vaud. Juin 2016. www.avasad.ch/upload/docs/application/pdf/2016-06/cadre_de_reference_definition_des_prestations_ipe_juin_2016.pdf.
- [11] Merkl J. L'infirmier en santé mentale. Paris: Seli Arslan; 2017.
- [12] 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.
- [13] Peplau HE. Relations interpersonnelles en soins infirmiers. Chapitre III. Version française. Paris: Masson; 1995.
- [14] Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci* 2000;23(1):12-28.
- [15] Meleis AI. Nursing therapeutics. In: Meleis AI, editor. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010. p. 455-7.
- [16] Favez N. La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue*. 2013;199:73-83. www.cairn.info/revue-dialogue-2013-1-page-73.htm.
- [17] Hardy AF, Eneau J, Nagels M. Développement professionnel infirmier en promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers* 2014;118:75-84.

Déclaration de liens d'intérêts
Les auteures déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.