

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

# **Quels sont les impacts liés aux modalités de congé postnatal sur l'incidence de la dépression du post-partum chez les mères ?**

Travail de Bachelor

Noémie CONSTANTIN

N° matricule : 21633144

Kayla HERZER

N° matricule : 17421249

**Directrice(s) de thèse** : Chantal Razurel & Jessica Di Vincenzo-Sormani

**Membres du jury** : Elsa Lorthe – Experte enseignante

Sabine Cerutti – Experte de terrain

Août, 2024

Filière sage-femme

Haute école de santé de Genève

« Il faut continuer à prodiguer des soins de qualité à la mère et au nouveau-né même après l'accouchement. En effet, la naissance d'un enfant est un événement qui bouleverse la vie. Il suscite l'amour, l'espoir et l'enthousiasme, mais il peut aussi être une source de stress et d'inquiétude sans précédent. Les parents et en particulier les femmes, dont les besoins sont trop souvent négligés à la naissance de l'enfant, doivent pouvoir bénéficier de systèmes de soins et de soutien solides »

D<sup>r</sup> Anshu Banerjee, Directeur du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement de l'OMS

(OMS, 2022)

## Déclaration sur l'honneur

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en sage-femme. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur ou de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail.

Genève, août 2024

Noémie CONSTANTIN

Kayla HERZER

NB: Nous avons essayé, dans la mesure du possible, et afin d'écrire de manière inclusive, d'utiliser le terme "co-parent" pour définir le deuxième parent. Cependant, il n'a pas parfois pas été possible d'employer ce terme. Nous avons donc parfois employé le terme "père" mais cela inclut évidemment tout deuxième parent quel que soit son sexe et/ou son identité de genre.

De plus, nous avons utilisé le terme "sage-femme" au féminin mais nous incluons toute personne ayant le diplôme de sage-femme, peu importe son identité de genre.

## Remerciements

Nous tenions à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Tout d'abord, nous remercions chaleureusement notre directrice de mémoire, Chantal Razurel, pour ses précieux conseils, son soutien constant et sa disponibilité tout au long de ce projet. Nous tenons également à remercier Jessica Di Vincenzo-Sormani qui nous a accompagné au début de notre rédaction.

Nous remercions également notre experte de terrain, Sabine Cerutti, qui nous a été d'une aide précieuse concernant notre rôle sage-femme en lien avec notre problématique.

Nous remercions également l'ensemble des enseignants et le personnel administratif de la HEdS pour leur aide et leur bienveillance.

De plus, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à notre famille et nos amis pour leur encouragement inconditionnel et leur compréhension tout au long de cette période exigeante. Nous remercions également tout particulièrement les personnes ayant participé à la relecture de notre travail.

Pour finir, nous souhaitons remercier nos amies de la volée BA21 pour leur partage, soutien, aide et bienveillance tout au long de ces trois années d'études.

Sans le soutien de tous, ce projet n'aurait pas été possible.

## Résumé

**Introduction** : La dépression post-partum est un enjeu majeur de santé publique avec une incidence élevée chez les jeunes mères et pouvant avoir des conséquences graves sur la santé. Le soutien reçu par la jeune mère après la naissance d'un enfant ainsi que sa situation socio-économique sont des facteurs non négligeables dans la prévention de ce type de dépression. Les politiques de congé postnatal pour les jeunes parents sont très différentes selon les pays et la Suisse accuse un retard conséquent par rapport à certains de ses voisins. Les modalités de congé postnatal peuvent impacter la santé mentale des jeunes parents et en particulier celle des nouvelles mères.

**Objectif** : Le but de ce travail est de mettre en avant les impacts des différentes modalités de congé postnatal sur la dépression post-partum selon trois items : si le congé est rémunéré ou non, s'il dure plus ou moins de 12 semaines et enfin si le co-parent a accès à un congé ou non.

**Méthode** : La revue de littérature basée sur les résultats de cinq articles a été effectuée sur les moteurs de recherches suivants : PubMed, CINAHL et Google Scholar. Les articles retenus ont été analysés, critiqués et discutés selon les trois thèmes définis.

**Résultats** : Les résultats montrent qu'un congé plus long serait bénéfique pour la santé mentale des mères. En effet, un retour au travail dans les 12 semaines après la naissance augmenterait le risque de déclarer une dépression post-partum. De plus, l'accès à un congé maternité rémunéré serait associé à une meilleure santé mentale pour les jeunes mères. Les femmes ayant accès à un congé payé après l'accouchement ont une probabilité plus faible de troubles dépressifs majeurs. Enfin, concernant la présence du co-parent, le fait d'offrir un congé paternité de deux semaines ne serait pas bénéfique pour la santé mentale des mères et pourrait les exposer à un risque plus élevé de dépression post-partum. En revanche, c'est davantage l'implication du co-parent qui jouerait un rôle sur le risque de dépression post-partum des mères plutôt que le fait de prendre ou non un congé.

**Conclusion** : Un congé postnatal rémunéré et plus long semblerait diminuer les risques de développer une dépression post-partum chez les jeunes mères. Un congé de deux semaines pour le co-parent ne semble pas significativement bénéfique. Par contre, l'implication du co-parent semble être un élément essentiel dans la prévention de la dépression post-partum chez la mère. Il a été observé que les pères ayant pris un congé paternité évaluaient leur implication dans les soins au bébé comme étant plus importante. L'amélioration des politiques de congé postnatal pour les jeunes parents, l'information concernant le concept de co-parentalité et les effets bénéfiques de l'implication du co-parent semblent être des éléments importants dans la prévention de la dépression post-partum chez les nouvelles mères.

**Mots-clés** : congé postnatal, dépression post-partum, co-parentalité, congé maternité, congé paternité

## Abstract

**Introduction** : Postpartum depression is a major public health issue with a high incidence among new mothers, potentially leading to serious repercussions on their psychological and physical well-being. The support received by the young mother after the birth of a child, as well as her socio-economic situation, are significant factors in preventing this type of depression. Postnatal leave policies for young parents vary greatly between countries, and Switzerland lags behind some of its neighbors. The modalities of postnatal leave can impact the mental health of young parents, particularly that of new mothers.

**Objective** : The objective of this study is to examine the impacts of different postnatal leave modalities on postpartum depression by considering three specific criteria: whether the leave is paid or unpaid, whether it lasts more or less than 12 weeks, and whether the co-parent has access to leave or not.

**Method** : A literature review was conducted based on research published on PubMed, CINAHL, and Google Scholar. Five relevant articles were selected, analyzed, and critiqued according to the three identified themes mentioned above.

**Results** : The results indicate that a prolonged leave duration is beneficial for the mental health of mothers. Returning to work within 12 weeks after birth increases the risk of postpartum depression. Additionally, access to paid maternity leave is associated with better mental health for young mothers. Women with access to paid leave after childbirth have a lower probability of major depressive disorders. Regarding the presence of the co-parent, offering a two-week paternity leave does not significantly benefit the mother's mental health and might expose her to a higher risk of postpartum depression. However, it is the co-parent's level of involvement that plays a role in the risk of postpartum depression in mothers.

**Conclusion** : A longer and paid postnatal leave appears to reduce the risks of developing postpartum depression among new mothers. A two-week leave for the co-parent does not seem significantly beneficial. However, the level of involvement of the co-parent is a crucial element in preventing postpartum depression in mothers. It has been observed that fathers who took paternity leave rated higher their level of involvement in baby care. Improving postnatal leave policies for new parents and raising awareness about the concept of co-parenting and the beneficial effects of co-parenting are important elements in preventing postpartum depression in new mothers.

**Keywords** : postnatal leave, postpartum depression, co-parenting, maternity leave, paternity leave

## Lexique

**AVS / AI / APG:** Assurance vieillesse et santé / Assurance invalidité / Assurance perte de gain

**CEDS:** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

**COFF:** Commission fédérale de coordination pour les questions familiales

**CPN:** Consultation prénatale

**DAPP:** Dad and Partner Pay

**DPI:** Dossier patient informatisé

**DPP:** Depression post-partum

**ECLS-B:** Early Childhood Longitudinale Survey - Birth Cohort

**EITQ:** Early Infancy Temperament Questionnaire

**EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale

**ELFE:** Etude longitudinale Française depuis l'Enfance

**HILDA:** Household, Income, and Labour Dynamics in Australia

**HUG:** Hôpitaux Universitaires Genevois

**ICQ:** Infant Characteristics Questionnaire

**IPW:** Inverse Probability Weighting

**LAMAL:** Loi sur l'Assurance Maladie

**MAPP-QOL:** Maternal Post-partum Quality Of Life

**MAQ:** Maternal Attitude Questionnaire

**MeSH Terms:** Medical subject heading

**MHI-5:** Mental Health Index-5

**MSPSS:** Multidimensional Scale of Percieved Social Support

**MCS:** Mental Component Summary score

**OCAS:** Office cantonal des assurances sociales

**OFAS:** Office fédéral des assurances sociales

**OCDE:** Organisation de coopération et de développement économiques

**OMS:** Organisation mondiale de la Santé

**PICO:** Population – Intervention – Comparison – Outcome

**PDSS:** The Postpartum Depression Screening Scale

**PPL:** Parental Paid Leave

**SF-36:** Short Form 36



## Table des matières

<b>Déclaration sur l'honneur</b>	<b>3</b>
<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>Résumé</b>	<b>5</b>
<b>Abstract</b>	<b>6</b>
<b>Lexique</b>	<b>7</b>
<b>1 Questionnement professionnel</b>	<b>11</b>
<b>2 Cadre de référence</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Santé mentale</b>	<b>13</b>
2.1.1 Définitions	13
2.1.1.1 Santé mentale	13
2.1.1.2 Dépression	13
2.1.1.3 Baby blues	14
2.1.1.4 Dépression post-partum	14
2.1.1.5 Données épidémiologiques de la dépression post-partum	15
2.1.2 Facteurs de risque de la dépression post-partum	16
2.1.3 Dépistage de la dépression post-partum	17
2.1.4 Prise en charge de la dépression post-partum	18
2.1.5 Conséquences de la dépression post-partum	19
<b>2.2 Congé postnatal</b>	<b>20</b>
2.2.1 Définitions	20
2.2.2 Modalité du congé parental dans les pays européens, aux Etats-Unis et en Australie	20
2.2.3 Congé maternité/paternité en Suisse	21
2.2.4 Congé parental – avantages	23
<b>2.3 Rôle sage-femme</b>	<b>24</b>
<b>3 Problématique</b>	<b>25</b>
<b>4 Méthodologie de la recherche de la littérature</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Modèle PICO</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Détermination des mots clés</b>	<b>28</b>
<b>4.3 Présentation des bases de données utilisées</b>	<b>29</b>
<b>4.4 Limites et contraintes de la recherche</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Présentation des critères de sélection</b>	<b>31</b>
<b>4.6 Références complètes des 5 articles sélectionnés</b>	<b>32</b>
<b>5 Présentation des tableaux descriptifs</b>	<b>33</b>
<b>6 Articulation des résultats par thématique</b>	<b>38</b>
<b>6.1 Facteurs liés à un congé de plus de 12 semaines</b>	<b>38</b>
<b>6.2 Facteurs liés à l'octroi d'un congé payé</b>	<b>39</b>

6.3	Facteurs liés à la présence du co-parent	41
<b>7</b>	<b>Discussion</b>	<b>43</b>
7.1	Facteurs liés à la présence d'un congé de plus de 12 semaines	43
7.2	Mesure de la dépression	44
7.3	Facteurs liés à l'octroi d'un congé payé	45
7.4	Facteurs liés à la présence du co-parent	46
7.5	Ethique	48
7.6	Forces et limites du travail	50
7.6.1	Forces	50
7.6.2	Limites	50
<b>8</b>	<b>Retour dans la pratique</b>	<b>52</b>
8.1	Prévention auprès des couples	53
8.1.1	Dans la période pré-conceptionnelle	53
8.1.2	Lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité	54
8.1.3	Lors des consultations prénatales	56
8.2	Prévention auprès des collègues	56
8.3	Actions politiques	59
<b>9</b>	<b>Conclusion</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>Annexe</b>	<b>63</b>
	<b>Références bibliographiques</b>	<b>66</b>

# 1 Questionnement professionnel

La dépression post-partum nous est apparue comme un sujet intéressant à traiter dans le cadre d'un travail de Bachelor. En effet, nous en avons beaucoup entendu parler dans nos cours de sage-femme et sur le terrain lors de nos périodes de formation pratique où nous avons pu côtoyer des patientes qui en souffraient.

C'est un sujet qui nous tient à cœur et depuis plusieurs années, la parole se libère et de jeunes mères témoignent de leur vécu de dépression post-partum (Bliss Stories, s. d.). De plus, des articles sont parus dans les médias et différentes associations de soutien aux mères et aux familles ont vu le jour (Association Maman Blues, 2021). Enfin, énormément de podcasts sur le sujet ont été diffusés (RTS, s. d.).

Malgré cela, c'était un sujet encore tabou il y a quelques temps pour les mères et les familles concernées et nous avons l'impression que le dépistage, la prise en charge et les moyens pour réduire son incidence ne sont pas suffisants. En tant que futures sage-femmes notre rôle est de prévenir, de dépister et d'informer sur ces questions.

C'est pourquoi nous nous sommes interrogées sur les actions qui permettraient de réduire l'incidence de cette pathologie.

De manière générale on relève que la grossesse et le post-partum sont des périodes associées à un risque accru d'apparition de troubles mentaux d'intensité et de gravité variables (INSERM, Santé publique France, 2021).

Les troubles dépressifs en post-partum affectent environ 25% des femmes en Suisse (Lupattelli et al., 2018) et la dépression post-partum est un enjeu de santé public reconnu par l'OMS (Nadège et al., 2019). Au niveau mondial, les chiffres sont différents et on parle de 13 à 50 % des femmes selon les pays. Les détails de ces chiffres seront abordés plus loin dans ce travail dans le chapitre "données épidémiologiques".

La dépression peut avoir des conséquences lourdes et conduire à des idées morbides. C'est ainsi que les statistiques montrent que le suicide est l'une des premières causes de décès chez les nouvelles mères (Moreau, 2020), la première année de vie post-partum. D'après l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), le délai médian de survenue du suicide en post-partum [est] de 126 jours, soit vers le quatrième mois après l'accouchement (INSERM, Santé publique France, 2021). La dépression peut également avoir des conséquences sur la santé de l'enfant, son développement ainsi que sur le lien d'attachement mère-enfant (Slomian et al., 2019).

C'est donc une pathologie majeure dans la période périnatale et la sage-femme est au centre de la prise en charge.

Aujourd'hui, il nous semble essentiel que les sage-femmes tentent de réduire au maximum l'incidence de la dépression post-partum afin de prévenir les conséquences de cette maladie. Mais quels sont les leviers que la sage-femme peut utiliser ?

Il est important de mentionner que la dépression post-partum n'est pas une maladie nouvelle mais qu'elle est reconnue depuis de nombreuses années au niveau de la pratique sage-femme. En effet, dès 1987, un outil de dépistage sous forme d'auto-questionnaire a été conçu en Ecosse (Meunier, 2012). Nous reviendrons en détail sur ce questionnaire dans le prochain chapitre.

Mais si des outils de dépistage sont disponibles pour une prévention secondaire, peut-on trouver des facteurs qui interviennent sur le risque de survenue pour se placer dans une prévention primaire ?

Il a été démontré dans la littérature que le niveau de soutien social reçu par les nouvelles mères, notamment celui du co-parent, influence significativement les risques de développer une dépression post-partum (Pao et al., 2019) (Cho et al., 2022) (Tani & Castagna, 2017). En outre, la fatigue maternelle ainsi que le revenu du ménage ont été relevés comme des facteurs prédictifs de la dépression post-partum. (Howard et al., 2022).

Ces constatations nous ont incités à réfléchir à la manière d'accroître le soutien social et de réduire la fatigue maternelle afin de diminuer le risque de dépression post-partum chez les mères. Dans ce contexte, un autre sujet sociétal d'actualité nous est vite apparu comme intéressant à traiter, le congé parental.

En effet, nous nous sommes rendues compte que la Suisse était, parmi les pays européens, celui qui accorde une période plus réduite (16 semaines) de congé aux parents après la naissance d'un enfant (Koslowski et al., 2022). Nous aborderons, dans la suite de notre travail, les différents systèmes existants afin de mieux comprendre où se situe plus exactement la Suisse par rapport aux autres pays. En outre, depuis 2020, différentes initiatives ont été lancées au niveau politique afin d'instaurer un congé parental en Suisse (RTS, 2023a).

De plus, dans notre pratique, nous avons pu observer lors de nos stages avec des sage-femmes indépendantes que le retour au travail du co-parent deux semaines après la naissance était souvent mal vécu par les mères qui se sentaient délaissées, dépassées par les événements et non soutenues dans leur nouveau rôle.

C'est pourquoi la question du congé parental et de son rôle dans la survenue de la dépression du post-partum des mères nous semble être un sujet d'actualité et pertinent à traiter en tant que futures sage-femmes. D'après ENCMM, les morts maternelles par suicide sont "évitables à 90% [et il existe donc une] grande marge d'amélioration" notamment en sachant "repérer les signes d'alerte en prénatal et en post-partum" (INSERM, Santé publique France, 2021).

Les nouvelles recommandations de l'OMS en matière de santé périnatale mettent un accent tout particulier sur le fait d'apporter un soutien pour la santé mentale et physique des mères après la naissance de l'enfant (OMS, 2022).

Au vu des différents éléments qui précèdent et en tant que futures sage-femmes, il est important pour nous de questionner les liens entre les modalités du congé postnatal et ses effets sur la dépression du post-partum chez les nouvelles mères. De plus, ce questionnement s'ancre dans un des rôles clés de la profession sage-femme : la prévention et la promotion de la santé.

## 2 Cadre de référence

### 2.1 Santé mentale

#### 2.1.1 Définitions

##### 2.1.1.1 *Santé mentale*

La santé mentale se définit comme tel selon l'OMS :

« Un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022).

La période périnatale est une période de bouleversements tant aux niveaux biologiques et psychologiques qu'au niveau social pour les femmes. Ces changements sont susceptibles de mener au développement de troubles psychologiques plus ou moins importants. La prévalence des problèmes de santé mentale est plus élevée dans cette période que dans d'autres phases de la vie d'une femme (Figueiredo & Abuchaim, 2021).

##### 2.1.1.2 *Dépression*

« La dépression se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables » (OMS, 2022). D'autres symptômes sont également souvent présents comme un manque d'appétit et de sommeil, des difficultés de concentration et de la fatigue (OMS, 2022).

De manière générale, l'incidence des troubles dépressifs concerne près de deux fois plus les femmes que les hommes. Cela serait dû notamment à des taux de monoamine-oxydase, un neurotransmetteur impliqué dans la dépression, plus élevés chez les femmes (Morgan & Townsend, 2022).

### 2.1.1.3 *Baby blues*

La dépression du post-partum est à différencier du baby blues, celui-ci survenant en général deux à cinq jours après la naissance et ne persistant pas plus de 10 à 14 jours.

Le baby-blues est un état transitoire et physiologique qui se résout spontanément et dont les symptômes peuvent être des crises de larmes, de la tristesse, de l'anxiété, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, des changements d'appétit, de la confusion et de la fatigue.

Ces symptômes, contrairement à ceux d'une dépression post-partum, n'affectent pas le fonctionnement quotidien de la mère ni la capacité à s'occuper du nouveau-né (Mughal et al., 2023).

Cet état est fréquent lors de la naissance d'un enfant, les études ont décrit une prévalence globale de 39% au niveau mondial. Selon le contexte géographique celle-ci varie entre 13.7% et 76% (Tosto et al., 2023).

### 2.1.1.4 *Dépression post-partum*

La dépression post-partum, aussi parfois appelée dépression postnatale, est une dépression qui survient après l'accouchement (Nanzer, 2009).

Elle survient généralement dans les quatre premières semaines suivant la naissance de l'enfant mais peut apparaître plus tardivement jusqu'à un an après l'accouchement (Liu et al., 2022).

Cependant, des signes de dépression peuvent déjà survenir durant la grossesse (American Psychiatric Association, 2013).

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (2018), 50% des épisodes dépressifs en post-partum ont en fait débuté avant la naissance, d'où l'importance pour les professionnels de la périnatalité de savoir détecter les signes avant-coureurs en anténatal.

Lors d'une dépression post-partum, les symptômes que présente la femme ne sont pas fondamentalement différents de ceux d'une dépression en dehors de la période suivant la naissance d'un enfant : fatigue, irritabilité, anhédonie, instabilité

émotionnelle, pleurs, troubles de l'appétit et du sommeil, et parfois des idées suicidaires pouvant inclure l'enfant (Righetti-Veltema et al., 2007).

Ces signes cliniques sont retrouvés chez les femmes souffrant de dépression de manière générale. Ils prennent en revanche une dimension particulière due à la présence du nouveau-né.

En effet, le moment de la grossesse et du post-partum est une période de vulnérabilité importante pour les parents et plus particulièrement pour la mère ; il implique une grande responsabilité et un certain niveau d'investissement affectif afin de répondre le mieux possible aux besoins de l'enfant (Righetti-Veltema et al., 2007).

La dépression post-partum est caractérisée par la persistance de ces symptômes durant au moins deux semaines (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et al., 2018).

Il est avéré qu'une mère ayant vécu un baby blues est plus à risque de développer des troubles plus graves par la suite tel qu'une dépression post-partum ou, dans des cas plus rares, une psychose du post-partum (Tosto et al., 2023).

#### *2.1.1.5 Données épidémiologiques de la dépression post-partum*

Les symptômes dépressifs en post-partum affectent environ 25% des femmes en Suisse (Lupattelli et al., 2018). C'est est un enjeu de santé public reconnu par l'OMS (Nadège et al., 2019b).

Au niveau mondial, les taux de dépression post-partum varient selon le contexte géographique et socio-économique. D'après une méta-analyse datant de 2022 et regroupant les résultats de 27 études, cette maladie toucherait en moyenne 14% des nouvelles mères (Liu et al., 2022).

Selon une méta-analyse de la même année mais de plus grande ampleur, et dont les résultats de 565 études dans 80 pays différents ont été analysés, il s'agirait plutôt de 17.22 % des femmes qui seraient touchées par ce trouble (Z. Wang et al., 2021). Dans une troisième méta-analyse regroupant les résultats de 291 études dans 56 pays, le taux de prévalence serait de 17.7% (Hahn-Holbrook et al., 2017).

Cette variation entre les résultats pourrait être expliquée par les différents outils et critères diagnostics utilisés. L'incidence de la dépression post-partum varie énormément d'un pays à l'autre.

Dans l'étude de Hahn-Holbrook et al. (2017) elle était de 3% à Singapour et de 38% au Chili. Elle est plus faible dans les pays développés et demeure plus élevée dans les pays à faibles revenus (Z. Wang et al., 2021).

Les différences en termes d'inégalité de richesse et de facteurs de santé maternelle et infantile expliquent en grande partie les variations selon les différents pays de la prévalence de la dépression post-partum (Hahn-Holbrook et al., 2017).

Les partenaires ne sont quant à eux pas épargnés par la dépression post-partum. En effet, selon une méta-analyse datant de 2018, ce serait 8.75% des pères qui seraient touchés par ce trouble lors de la première année de vie de l'enfant au niveau mondial (D. Wang et al., 2021).

### 2.1.2 Facteurs de risque de la dépression post-partum

La période où la nouvelle mère est le plus à risque de développer une dépression post-partum se situe dans les 12 semaines suivant la naissance, selon Liu et al. (2022). Il semblerait que la prévalence de la dépression post-partum chez les mères soit plus basse dans les premiers jours suivant la naissance et qu'elle augmenterait dans les six premiers mois post-partum (Zheng et al., 2023). Ceci questionne évidemment à propos de la durée du congé du co-parent.

D'après une revue systématique et une méta-analyse datant de 2022, six facteurs de risques de dépression post-partum ont été identifiés et sont les suivants : le diabète gestationnel, la dépression pendant la grossesse, les femmes qui donnent naissance à des garçons, les antécédents de dépression, les antécédents de dépression durant une précédente grossesse ainsi que l'anesthésie péridurale pendant l'accouchement (Liu et al., 2022).

Selon une seconde revue systématique et méta-analyse regroupant 48 articles, en plus du diabète gestationnel et des antécédents de dépression, d'autres facteurs de risques ont été mis en évidence tels que, entre autres, le vécu de violence, l'immigration, l'accouchement par césarienne, la carence en vitamine D, l'obésité et le surpoids, l'anémie, les troubles du sommeil, l'absence de peau à peau, le manque de soutien social, l'acculturation, la procréation médicalement assistée, la contraception hormonale et la malnutrition (Zhao & Zhang, 2020).

Il a été démontré dans la littérature que le niveau de soutien social reçu par les nouvelles mères influence significativement les risques de développer une dépression post-partum (Pao et al., 2019) (Cho et al., 2022). Le soutien du ou de la partenaire semble être le plus important dans la protection contre un trouble dépressif (Arnold & Kalibatseva, 2021).

D'autres facteurs de risque identifiés de la dépression post-partum sont le syndrome prémenstruel et la grossesse non désirée. Ces résultats sont tirés d'une revue systématique de littérature incluant 185 études observationnelles (Gastaldon et al., 2022).



Les femmes qui souffrent du syndrome prémenstruel peuvent présenter une sensibilité émotionnelle due à des variations hormonales. Ces fluctuations se produisent à la fois avant leurs règles et, de manière plus étendue, après l'accouchement (Gastaldon et al., 2022).

L'expérience de la violence peut être un facteur de risque moins spécifique, car elle est associée à divers problèmes de santé mentale. Il a en revanche été démontré que les femmes ayant subi des violences conjugales présentaient un score plus élevé sur l'échelle de dépistage de la dépression post-partum, l'« Edinburg postnatal depression scale » (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et al., 2018).

Une grossesse non planifiée est évoquée comme un facteur de risque de la dépression post-partum, principalement en raison de niveaux de stress accrus. Ce stress peut activer l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, entraînant la libération de glucocorticoïdes qui influencent le fonctionnement psychologique (Gastaldon et al., 2022). Les femmes n'ayant pas planifié leur grossesse peuvent être préoccupées par la santé du fœtus, ressentir un conflit potentiel entre la poursuite et l'interruption de la grossesse et ont potentiellement commencé leur suivi de grossesse plus tard que pour les grossesses planifiées, ce qui expliquerait ce niveau de stress augmenté (Gastaldon et al., 2022).

Identifier les facteurs de risque est donc un enjeu majeur afin de prévenir l'apparition de la dépression post-partum et cela fait entièrement partie du rôle de la sage-femme en tant que promotrice de la santé. Il est également important de pouvoir identifier et accompagner les patientes avec des antécédents de troubles dépressifs avant la grossesse car, selon Alba (2021), ces femmes ont 20 fois plus de risques de développer une dépression post-partum que les femmes sans antécédents de dépression.

### 2.1.3 Dépistage de la dépression post-partum

En ce qui concerne la prévention secondaire de la dépression post-partum, le dépistage est l'élément central. Il existe plusieurs échelles afin de détecter d'éventuels symptômes dépressifs chez les futures ou nouvelles mères. Un des outils les plus utilisés dans la pratique sage-femme est l'« Edinburgh Postnatal Depression Scale » (EPDS).

Il s'agit d'un questionnaire élaboré par J. L. Cox, J. M. Holden et R. Sagovsky en 1987 qui est spécifiquement orienté pour dépister la dépression post-partum ; il est également utilisé durant la grossesse pour dépister la dépression prénatale (Hahn-Holbrook et al., 2017). Les patientes doivent répondre à dix questions avec un score de zéro à trois sur leur état psychologique au cours des sept derniers jours.

Ce questionnaire peut être proposé à la femme par la personne suivant sa grossesse et/ou assurant le suivi post-partum. Cela peut autant être un·e sage-femme qu'un·e gynécologue.

Le score maximal possible est 30. Un score total de neuf ou plus, ou un score unique de un ou plus à l'item numéro 10, qui traite des pensées suicidaires, justifie l'orientation vers un professionnel de la santé mentale (Gedzyk-Nieman, 2021).

Un deuxième outil spécifique au dépistage de la dépression post-partum est l'échelle « The Postpartum Depression Screening Scale » (PDSS). Cependant, elle est moins utilisée dans la pratique car payante et que le questionnaire est plus long (Gedzyk-Nieman, 2021).

Il existe également d'autres outils de dépistage tel que l'échelle « Center for Epidemiologic Studies Depression Scale » (CESD) qui est constituée de 20 items. Cette dernière est notamment mentionnée dans un des articles analysés plus bas dans ce travail. Cependant, elle n'est pas spécifique à la périnatalité.

Il est important de sensibiliser les femmes et leur entourage en anténatal pour qu'elles et ils soient capables d'identifier les éventuels symptômes d'une dépression post-partum le plus tôt possible et pouvoir faire appel à des professionnels de santé pour une prise en soin adaptée. Selon plusieurs études, il a été démontré que les risques de développer une dépression post-partum seraient plus élevés si les symptômes dépressifs étaient déjà présents durant la grossesse mais n'ont pas été traités (Stewart & Vigod, 2019).

#### 2.1.4 Prise en charge de la dépression post-partum

Un diagnostic et une prise en charge précoce de la dépression post-partum permettent une rémission plus rapide mais également une réduction de la mortalité et du potentiel risque de récurrence (Dominiak et al., 2021).

Dès que le diagnostic de dépression post-partum est posé, il est conseillé d'augmenter le soutien social et émotionnel de la mère souffrant de dépression, de réduire au maximum les facteurs de stress, de pratiquer une activité physique si possible ainsi que de favoriser un sommeil de qualité (Stewart & Vigod, 2019).

En traitement de première intention, une thérapie avec un professionnel de la santé mentale est recommandée, comme la thérapie cognitivo-comportementale ou encore la thérapie interpersonnelle. Lorsque la psychothérapie ne convient pas ou n'est pas suffisante, un traitement médicamenteux peut être prescrit.

Les deux moyens peuvent également être combinés dans les cas de dépressions sévères (Stewart & Vigod, 2019).

Cependant, il est important de prendre en compte le passage dans le lait maternel lors de la prescription d'antidépresseurs à une mère qui allaite son enfant (Dominiak et al., 2021).

### 2.1.5 Conséquences de la dépression post-partum

Les conséquences de la dépression post-partum, si celle-ci n'est pas traitée, peuvent être nombreuses et toucher aussi bien la qualité de vie de la mère, de l'enfant que de la famille dans son ensemble (Dominiak et al., 2021).

La dépression post-partum peut altérer le lien d'attachement mère-enfant. En effet, il a été démontré que les femmes souffrant de dépression post-partum auraient plus de difficultés relationnelles avec leur enfant (Slomian et al., 2019). Le développement moteur et cognitif de l'enfant serait aussi impacté négativement par la dépression post-partum (Slomian et al., 2019). Les mères souffrant de dépression post-partum ont également plus de difficultés relationnelles et de problèmes dans leur couple. Elles ont en outre une perception moins bonne de leur sentiment de compétence et un moins bon sentiment d'efficacité parentale (Slomian et al., 2019). Enfin, les femmes souffrant de dépression post-partum sont exposées à un risque augmenté de suicide. Comme décrit plus haut dans ce travail, le suicide est l'une des premières causes de décès chez les nouvelles mères (Moreau, 2020).

En conclusion, la dépression post-partum peut avoir des effets néfastes sur la mère mais aussi sur l'ensemble de la famille à court et à long terme, ce qui est non négligeable et qui renvoie à l'importance de prévenir, détecter et prendre en charge cette pathologie de manière appropriée. <sup>1</sup>

Comme mentionné plus haut, la fatigue maternelle, la préoccupation par rapport au revenu du ménage et le manque de soutien social apparaissent comme des facteurs prédictifs de dépression post-partum (Howard et al., 2022). Dans ce contexte, la question des modalités de congé postnatal semble particulièrement pertinente car cela pourrait avoir un impact sur ces différents facteurs. En effet, afin de prévenir la survenue de symptômes dépressifs, il serait important d'accroître le soutien social de la nouvelle mère, de réduire des facteurs de stress liés aux revenus et de lui permettre davantage de repos. La politique de congé postnatal joue un rôle central dans l'influence de ces différents aspects.

---

<sup>1</sup> Paragraphe élaboré à l'aide de l'intelligence artificielle ChatGPT OpenAI

## 2.2 Congé postnatal

### 2.2.1 Définitions

Le congé maternité est défini comme un congé payé pris par la mère avant ou au moment de la naissance de son enfant tout en ayant une garantie d'emploi (Franziska Müller, Alma Ramsden, 2017).

Le congé paternité, appelé aussi congé de l'autre parent, représente également le droit d'avoir un congé payé à la naissance d'un enfant mais pour le père ou le deuxième parent en ayant également une garantie d'emploi (Franziska Müller, Alma Ramsden, 2017). En Suisse, il a une durée de 2 semaines (Confédération suisse, s. d.).

Le congé parental n'a pas la même définition d'un pays à l'autre, d'un système socioéconomique à l'autre et d'une langue à l'autre. En effet, selon une première définition, on ne parle que du congé maternel. Selon une autre, on prend en compte uniquement les congés payés. Selon une troisième, on ne prend en compte que les congés pris par les papas sans être payés où avoir une garantie de pouvoir retourner au travail après.

Dans ce travail, nous allons utiliser le terme de "congé parental" comme étant un congé payé dont une partie est réservée exclusivement à la mère, une partie réservée pour le père et une troisième partie à se répartir librement entre les deux parents (Franziska Müller, Alma Ramsden, 2017).

### 2.2.2 Modalité du congé parental dans les pays européens, aux Etats-Unis et en Australie

Aujourd'hui, plus de la moitié des pays de l'OCDE ont une politique qui propose un congé maternité et/ou parental d'au moins 43 semaines sachant que la moyenne atteint les 54 semaines (COFF, 2018).

En France, le congé maternité est de 16 semaines, dont deux avant la naissance, payées à 100%. Le reste peut être pris soit avant soit après la naissance de l'enfant mais le total doit obligatoirement être pris. Le congé paternité est de 25 jours ouvrables qui doivent être pris dans les six mois suivant la naissance (Blum, 2023).

En Allemagne, le congé maternité est de 14 semaines dont six peuvent être utilisés avant la naissance. Il est obligatoire de prendre huit semaines après la naissance. De plus, les mères sont protégées contre un licenciement dès la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse et ce jusqu'à quatre mois post-partum. Cependant, il n'y pas de loi régissant le congé paternité (Blum, 2023).

En Suède, le congé maternité est plus court car ce pays a une politique de congé parental. La mère bénéficie de deux semaines de congé obligatoire avant ou après la naissance. Pour le reste du congé, chaque parent bénéficie de 240 jours (environ huit mois) dont 90 jours (trois mois) obligatoires et non transférables pour l'un des deux parents et ceci jusqu'au 18 mois de l'enfant (Blum, 2023).

Au Portugal, les parents bénéficient de 120 jours (environ quatre mois) ou 150 jours (environ cinq mois) ouvrables en fonction de leur niveau de revenus. La mère doit obligatoirement prendre 42 jours ouvrables (environ deux mois) de congé après la naissance. Le reste des jours peut être réparti de manière aléatoire entre les deux parents. En cas de partage des jours de congés, les parents bénéficient de 30 jours de congé supplémentaires ("bonus de partage") ce qui fait un total de 150 à 180 jours (environ cinq à six mois) ouvrables de congé parental (Blum, 2023).

Au Danemark, chaque parent bénéficie d'un congé payé de deux semaines non-transférable entre eux. Puis, ils ont chacun droit à huit semaines de congés payés transférables (congé maternité et congé paternité) et à neuf semaines de congé parental chacun. S'ajoute à ça, un congé parental de cinq semaines transférables qui peut être pris jusqu'au neuf ans de l'enfant. De plus, la mère bénéficie de quatre semaines de congé avant la naissance.

Aux Etats-Unis, les modalités changent d'un état à l'autre. En 2022, 25% des habitants des Etats-Unis bénéficiaient d'un congé payé et 90% avaient accès à un congé non payé. En 1993, le "Federal Family and Medical Leave Act (FMLA)" a défini un droit à un congé non payé pour différentes raisons dont la naissance d'un enfant. D'après ce traité, les femmes ont droit jusqu'à 12 semaines de congé non payé durant la première année suivant la naissance tout en ayant une garantie d'emploi. Seuls 14 états ont adopté une politique de congé payé (Blum, 2023).

Pour terminer, l'Australie, avant 2011, ne disposait pas officiellement d'un congé parental ou d'un congé maternité rémunéré instauré par l'Etat. Seul 52% des mères bénéficiaient d'un congé rémunéré, selon le bon vouloir de leur employeur (Dauphin, 2012). Cela a changé depuis 2011 avec l'instauration d'un modèle national de congé parental de 18 semaines, le « Parental Paid Leave » (PPL) (Bilgrami et al., 2020). De plus, en 2013, le « Dad and Partner Pay » (DAPP) a été introduit et permet aux co-parents de prendre deux semaines de congé rémunéré au salaire minimum national (Baxter & Budinski, 2023).

### 2.2.3 Congé maternité/paternité en Suisse

Le congé maternité tel qu'appliqué en Suisse, est le droit pour la mère d'avoir un congé payé de 14 semaines à la naissance d'un enfant (Confédération suisse, s. d.).

Le congé maternité ne commence qu'au moment de la naissance, et 8 des 14 semaines sont obligatoires. La femme reçoit 80% de son salaire durant cette période.

Néanmoins, selon les cantons, la durée du congé peut varier. Dans le canton de Genève, les femmes ont droit à 16 semaines de congé (Blum, 2023).

Concernant le congé paternité, jusqu'en 2021, le père ou le co-parent ne bénéficiait d'aucun congé spécifique et n'avait droit qu'à un ou deux jours de congé (comme pour un déménagement ou un décès) à la suite de la naissance de son enfant (Buche, 2021). Il faudra attendre 2021 pour que le peuple suisse accepte l'introduction d'un congé paternité de deux semaines (à prendre dans les six mois suivant la naissance) qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (OFAS, 2023).

En Suisse, les conditions d'octroi des deux semaines de congé paternité sont les mêmes que pour les mères. Cependant, les pères peuvent décider de prendre ces deux semaines en un bloc ou peuvent les prendre jour par jour (jusqu'à 10 jours ouvrés) dans les six premiers mois de vie de l'enfant (OCAS, s. d.-b).

En Suisse, il n'y a pas de politique de congé parental. Cependant, différents partis essayent d'instaurer un congé de ce type. A Genève, un congé parental de 24 semaines a été voté en juin 2023. Le projet de loi prévoit huit semaines de congé en faveur de l'autre parent, en plus des 16 semaines prévues pour le congé maternité déjà en place. De plus, il devrait permettre à l'un des parents d'offrir deux semaines de son congé à l'autre (Département de la cohésion sociale (DCS), 2023).

En revanche, cette même proposition a été largement refusée dans le canton de Berne (RTS, 2023b).

Dans le chapitre suivant, les détails du cadre légal suisse seront discutés afin de mieux en comprendre les subtilités.

Pour rappel, le congé maternité est de 14 semaines en Suisse avec un revenu payé à hauteur de 80% du salaire. Cependant, pour y avoir droit, les femmes doivent avoir cotisé à l'AVS au moins pendant neuf mois avant la naissance dont un minimum de cinq mois d'activité lucrative (OCAS, s. d.-a).

En cas de femmes travaillant de manière indépendante, l'allocation maternité est basée sur le revenu qui détermine les cotisations AVS/AI/APG. Ce montant n'est donc pas forcément identique pour toutes les femmes (OCAS, s. d.-a).

De plus, les femmes dont les enfants sont hospitalisés en néonatalogie directement après la naissance, et ce pour plus de deux semaines, voient leur droit aux allocations prolongé de la durée du séjour mais au maximum de 56 jours. Ceci n'est valable que si la mère retourne travailler après son congé maternité (OCAS, s. d.-a).

En cas de naissance d'un enfant décédé ou d'un enfant mort-né, le droit à l'allocation maternité n'est octroyé que si la grossesse a duré au minimum 23 semaines (OFAS, 2023).

Enfin, en cas d'adoption d'un enfant, il n'existe aucun droit à l'allocation maternité (OFAS, 2023).

Avant de continuer, il est important de revenir brièvement sur l'historique du congé maternité en Suisse.

La Suisse a été pionnière en Europe en introduisant en 1877 une protection concernant le droit du travail pour les femmes enceintes et les mères mais sans les indemniser. Malheureusement, elle perdra son avance et devra attendre 2005 pour avoir une politique de congé maternité payé (Le Parlement suisse, s. d.). Renat Künzi écrit pour Swiss info en 2005 : " Le congé maternité payé – 80% du salaire pendant 14 semaines - a vu le jour en Suisse le 1er juillet. Cette « naissance aux forceps » aura duré 60 ans" (Künzi, 2005).

#### 2.2.4 Congé parental – avantages

La COFF (Commission fédérale de coordination pour les questions familiales) a publié des arguments et des recommandations fondés sur diverses études internationales démontrant les effets positifs du congé parental (COFF, 2018).

D'après leur rapport, un congé parental améliore la santé des enfants en réduisant les taux de naissances prématurées et de faible poids à la naissance, ainsi que la mortalité infantile, particulièrement chez les familles socio-économiquement défavorisées et celles ayant un faible niveau de formation. Le prolongement de la période d'allaitement grâce au congé parental contribue également à réduire les cas d'obésité et de diabète chez les enfants (Broadway et al., 2015).

Le congé parental stimule le développement cognitif et affectif des enfants en permettant une plus grande implication des pères dès la petite enfance, ce qui se traduit par de meilleurs résultats scolaires (Huerta et al., 2014). Pour les mères, un congé maternité rémunéré améliore leur santé physique et psychique, diminuant les risques d'épuisement et de dépression post-partum, et augmentant leur satisfaction après l'accouchement (COFF, 2018)

En renforçant la relation père-enfant, même un congé parental de quelques semaines réservé aux pères entraîne une participation accrue de ceux-ci aux soins de leur enfant et améliore leurs compétences éducatives. Un congé de huit semaines pour les pères renforce ce lien à long terme, jugé très précieux par les pères eux-mêmes (Huerta et al., 2014)

Le congé parental permet également aux mères de travailler davantage, répondant ainsi à la pénurie de personnel qualifié. En Suisse, 18 % des mères employées à temps partiel souhaitent travailler plus. Des études montrent qu'un congé parental d'une durée raisonnable augmente le taux d'emploi des femmes, avec un congé rémunéré de 28 semaines étant particulièrement efficace pour les femmes âgées de 25 à 34 ans (Akgunduz & Plantenga, 2013).

Pour les entreprises, le congé parental a des effets positifs sur la productivité, le chiffre d'affaires et l'ambiance de travail, tout en réduisant la fluctuation du personnel, notamment parmi les employés qualifiés. Des études suisses et allemandes confirment que les mesures favorables à la famille sont financièrement bénéfiques pour les entreprises (Eileen Appelbaum & Ruth Milkman, 2011).

Sur le plan économique, le congé parental augmente la productivité, surtout dans les secteurs où les femmes sont majoritaires. Selon des modélisations de l'Union européenne, une augmentation de seulement 1 % du taux d'emploi des femmes pourrait générer suffisamment de recettes fiscales pour compenser un congé parental rémunéré de 18 à 20 semaines (Thomsen, H. und Urth, H, 2010).

Enfin, le congé parental favorise le désir d'avoir des enfants. En Suisse, de nombreuses femmes, notamment celles ayant un niveau de formation élevé, renoncent à avoir des enfants. Une étude australienne a montré que l'introduction d'un congé parental peut augmenter le nombre de naissances prévues de 13 % en moyenne par femme désireuse d'avoir un enfant. Le congé parental encourage également une répartition plus égalitaire des tâches domestiques et parentales entre les sexes, renforçant l'indépendance financière des mères et améliorant leur rente à la retraite (Almqvist & Duvander, 2014).

### 2.3 Rôle sage-femme

Pour l'obtention de son diplôme, la sage-femme a dû acquérir durant sa formation sept rôles clés que nous allons brièvement résumer ci-dessous (Fédération Suisse des sage-femme, 2021) :

1. **Rôle d'experte** : décide de manière autonome, identifie la physiologie, diagnostique les écarts à la norme, favorise le processus physiologique en partenariat avec les couples, [...]
2. **Rôle de collaboratrice** : tenir compte du champ d'expertise de chaque professionnel de la santé, coordonner le réseau de soin pour les femmes/couples, [...]
3. **Rôle de promotrice de la santé** : renforcement des capacités des femmes/couples, soutien lors de situations vulnérables, promotion de la santé, intervention en faveur de la promotion de la santé, [...]
4. **Rôle de professionnelle** : regard critique, positionnement professionnel, respect du cadre légal, qualité des soins, code déontologique, [...]



5. **Rôle de communicatrice** : communication centrée sur la personne, renforcement de l'autonomie des femmes/couples, utilisation d'un langage compréhensible, [...]
6. **Rôle de leader** : priorisation, gestion des ressources, documentation de la profession, anticipation, [...]
7. **Rôle d'apprenante et de formatrice** : actualisation de son savoir, encouragement du processus d'apprentissage des femmes/couples mais également des étudiant/es, analyse de la littérature, [...]

Il est important pour nous en tant que futures sage-femmes de faire de la prévention et de promouvoir la santé des femmes. En effet, nous sommes en première ligne lors des consultations prénatales, du post-partum immédiat à la maternité et des visites à domicile après la sortie de l'hôpital pour dépister et informer la patiente à propos de ce trouble.

En abordant les questions de dépression du post-partum et de congé parental nous entrons pleinement dans notre rôle de promotrice de la santé. Ce rôle prend en compte l'environnement de vie propre à chaque femme/couple et ses spécificités afin de promouvoir un état de santé ou un retour à un état de santé optimal (Fédération Suisse des sage-femme, 2021).

Concernant le détail des actions possibles pour promouvoir de manière concrète cet état de santé optimal, nous allons les aborder plus tard dans un chapitre spécifique.

### 3 Problématique

Comme vu précédemment, la dépression du post-partum est un problème de santé publique selon l'OMS. Nombreuses sont les femmes qui en souffrent et il est de notre rôle sage-femme d'en comprendre tous les enjeux afin d'améliorer la santé des femmes.

La question de la forme du congé maternité/paternité et/ou parental est un sujet très actuel, surtout en Suisse. Comme déjà dit précédemment, différents partis politiques essaient de prendre exemple sur d'autres pays européens et de changer les lois par rapport à cela en tentant d'instaurer un congé parental en Suisse.

En rédigeant le cadre de référence, nous avons réalisé à quel point la dépression du post-partum peut avoir des conséquences différentes en fonction de la sévérité des symptômes, des antécédents et facteurs de risque que présente la nouvelle mère. Il est donc important pour nous, en tant que futures sage-femmes, d'essayer de mettre en évidence et de repérer ces facteurs de risque afin de sensibiliser les couples et de pouvoir prévenir l'apparition d'une dépression du post-partum.

De même, nous avons pu nous rendre compte du retard de la Suisse par rapport à d'autres pays européens en matière de politique de congé parental. Il est donc important de se positionner en faveur d'un congé parental afin de promouvoir un meilleur état de santé des femmes, des nouveau-nés et des co-parents.

Notre réflexion et nos recherches nous ont finalement permis de formuler la question de recherche suivante :

**Quels sont les impacts liés aux modalités de congé postnatal sur l'incidence de la dépression post-partum chez les mères ?**

## 4 Méthodologie de la recherche de la littérature

### 4.1 Modèle PICO

Nous avons décidé d'utiliser le modèle PICO (Population – Intervention – Comparaison – Outcome) qui est un outil permettant de formuler de manière claire une question de recherche documentaire (« Méthode PICO », 2021). Cette première étape a été essentielle pour nous aider à cibler et formuler notre question de recherche. Elle a aussi permis de mettre en avant les concepts clés de notre travail ainsi que les mots-clés utiles à notre recherche. Nous avons ensuite traduit nos mots clés en MeSH Terms.

	Concepts/ Thèmes	Mots-clés libres en français	HeTOP Français	HeTOP Anglais	Mots-clés libres en anglais	Termes proposés par CINHAL
<b>P</b>	Mère	Mère, maman	Mères	Mothers		
<b>I</b>	Congé postnatal : payé, présence co- parent, durée	Congé maternité, congé parental, congé post- partum, délai	Congé parental, durée	parental leave, time, paid leave	postnatal leave, paternal leave, father leave	Maternity leave, parental leave, paternal leave
<b>C</b>						
<b>O</b>	Dépression du post- partum chez la mère	Dépression, dépression post-partum, santé mentale	Dépression, dépression postpartum	depression, postpartum, mental health		Postpartum, depression

## 4.2 Détermination des mots clés

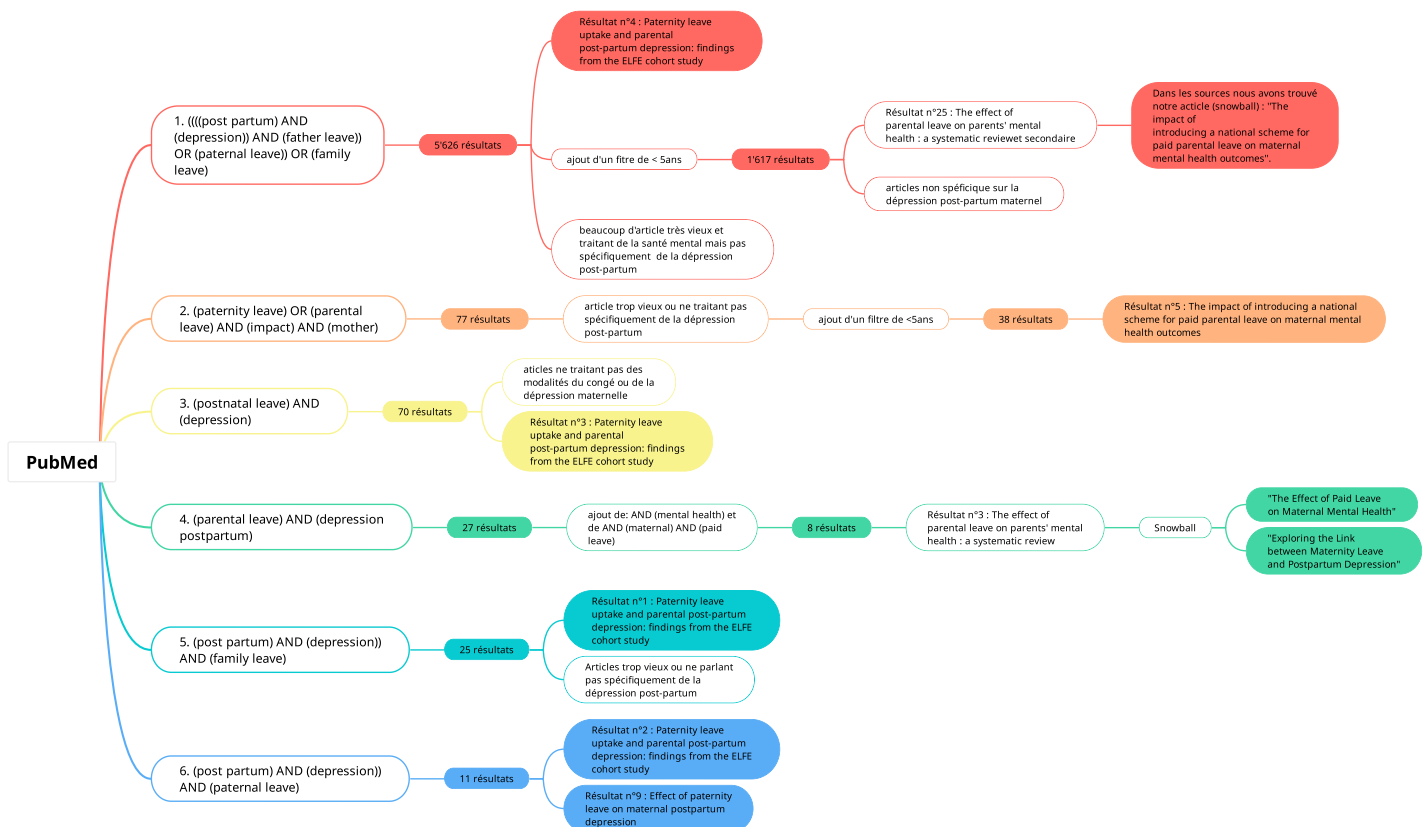
Nous avons utilisé différentes équations de recherche créées à partir des MeSh Terms associés entre eux par les opérateurs booléens "OR" et "AND". Ceci nous a permis de définir les équations de recherche utilisées ensuite dans les différentes bases de données.

1er concept	AND	2ème concept	AND	3ème concept
Maternity leave		Terms and conditions of parental leave OR Paid leave OR Paternity leave OR Postnatal leave OR Family leave		Mental health OR Depression OR Postpartum depression

### 4.3 Présentation des bases de données utilisées

Pour notre travail, nous avons principalement utilisé PubMed pour trouver nos articles. Cette base de données permet de trouver de la littérature scientifique biomédicale et nous y avons trouvé nos cinq articles. Nos équations de recherche ont été résumées dans la mindmap ci-après (sous forme de tableau dans l'annexe 1).

Figure 1: Mindmap de la recherche littéraire



Cependant, afin d'étoffer nos recherches, nous avons également consulté la base de données CINHALL et nous avons effectué des recherches tirées des sources de nos articles sur Google Scholar (snowballs). Nous avons également sollicité l'aide des bibliothécaires pour préciser certaines de nos recherches.

Concernant nos recherches sur CINHALL, nous avons d'abord utilisé la combinaison de mots-clés suivante : (parental leave) AND (postpartum depression) et parmi les 28 résultats, nous avons trouvé un article déjà sélectionné auparavant sur PubMed (Kornfeind & Sipsma, 2018), ce qui nous a conforté dans notre choix.

Par la suite, nous avons tenté de rechercher un article concernant le lien entre un congé paternité et son effet sur la dépression de la mère avec la combinaison de mots suivante : (paternity leave) AND (postpartum depression) et nous avons également sélectionné un article déjà trouvé sur PubMed (Séjourné et al., 2012). Celui-ci datant de 2012, nous avons ajouté le filtre « moins de cinq ans » à notre recherche mais cela ne nous a mené qu'à deux articles qui ne correspondaient pas à nos critères de recherche.

En effet, l'un évoquait l'aspect rémunéré ou non du congé parental et l'autre traitait des symptômes dépressifs chez le père.

Afin de rédiger notre question de recherche, nous avons d'abord commencé par rechercher de la littérature parlant du lien et des bénéfices d'un congé parental sur le taux de dépression post-partum maternelle. Nous avons fait un premier grand tri des articles via la lecture du titre et/ou de l'abstract.

Nous nous sommes rapidement rendu compte que la définition d'un "congé parental" tel que nous l'avions en tête (X semaines à se partager entre le père et la mère) différait énormément d'un pays à l'autre, d'un système socio-économique à l'autre et d'une langue à l'autre, comme déjà expliqué plus haut. Toutes ces différences ont rendu la recherche de littérature complexe car il aurait été difficile de comparer ces données entre elles.

Nous avons donc décidé de réorienter nos recherches sur les bénéfices d'un congé paternité plus long (plus de deux semaines) par rapport au taux de dépression maternelle. Cette fois-ci, nos recherches n'ont pas abouti car il était difficile d'avoir de la littérature récente sur la question.

Après la lecture de différents articles, nous avons réorienté notre question de recherche en se basant sur la littérature établissant un lien entre les modalités du congé postnatal et l'incidence de la dépression post-partum. Nous avons décidé d'aborder principalement la question de la durée du congé des mères mais également de prendre en compte si le congé proposé était payé ou non et si le père/co-parent avait également droit à un congé. Nous avons donc choisi des articles qui abordaient l'un de ces trois aspects en lien avec la santé mentale de la mère durant la période du post-partum.

Concernant la durée du congé, il était important de trouver des articles comparables entre eux. Après la lecture de différents articles, nous avons décidé de prendre ceux qui avait 12 semaines de congé comme point de référence. Nous avons donc retenu deux articles qui traitaient de la durée du congé.

Concernant la présence du co-parent, nous avons trouvé un article très pertinent datant de 2012. Nous avons, dans un premier temps, fait plus de recherche sur PubMed et CINHALL afin d'essayer de trouver un article de même qualité mais plus récent.

Malheureusement, nous n'en n'avons pas trouvé qui abordaient cette thématique de manière aussi pertinente pour notre travail et nous avons donc décidé de garder cet article.

En effet, celui-ci traite exactement de notre problématique car il a pour objectif d'analyser le lien entre l'apparition d'une dépression post-partum chez les mères et ces différentes variables : présence du père, implication du père, soutien social perçu par la mère, sentiments de la femme quant à son nouveau rôle de mère (Séjourné et al., 2012). De plus, l'article en question est revenu à deux reprises lors de nos recherches, sur PubMed et sur CINHAL.

Tous ces éléments vont être détaillés et analysés afin de mettre en évidence leur impact sur l'incidence de la dépression post-partum chez les mères.

#### 4.4 Limites et contraintes de la recherche

La première contrainte a été de trouver des articles en lien avec tous les aspects des modalités du congé que nous voulions aborder (durée, rémunération, présence du co-parent). Afin d'avoir des données comparables entre-elles, il a fallu définir un nombre d'articles sur chaque sujet. Nous avons donc décidé de choisir deux articles par thématique et un seul sur la question de la rémunération du congé.<sup>2</sup>

Dans la suite de nos recherches, il a été décidé de trouver des articles répondant à cette répartition.

Trois de nos cinq articles sont des études longitudinales. Ces dernières résultent d'un suivi de population ou d'un phénomène étudié dans le temps en lien avec un événement initial (« Étude longitudinale », 2023) et sont donc très pertinentes dans le cas du suivi de la santé mentale d'une population suite à une naissance. Les deux autres articles sont une cohorte nationale et une étude transversale.

#### 4.5 Présentation des critères de sélection

Plusieurs critères de sélection ont été établis et ils ont été résumés dans le tableau ci-après.

Étant donné que nous comparons l'effet des différentes modalités de congé sur l'incidence de la dépression post-partum dans ce travail, nous avons résumé dans le tableau ci-dessous les critères principaux, communs à tous les articles. Pour rappel, nous comparons les effets de la durée du congé, d'un congé payé ou non et de la présence ou non du co-parent durant la période du post-partum. Pour ce faire, nous

---

<sup>2</sup> Paragraphe élaboré à l'aide de l'intelligence artificielle ChatGPT OpenAI

avons choisi d'analyser deux articles traitant de la durée du congé, deux articles concernant la présence du co-parent (congé paternité) et un article sur le congé payé.

Critères d'inclusions	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Année de publication de moins de 5 ans depuis le début de notre travail (sauf pour un article qui date de 2012)</li> <li>• Article traitant la dépression post-partum de la mère</li> <li>• Article abordant le congé parental</li> <li>• Articles scientifiques en français ou en anglais</li> <li>• Questionnaire de la dépression validé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articles traitant de la fatigue, du lien d'attachement, de l'allaitement, etc...</li> <li>• Articles traitant de la dépression post-partum du père</li> </ul>

#### 4.6 Références complètes des 5 articles sélectionnés

<p>Bilgrami, A., Sinha, K., &amp; Cutler, H. (2020). The impact of introducing a national scheme for paid parental leave on maternal mental health outcomes. <i>Health Economics</i>, 29(12), 1657-1681. <a href="https://doi.org/10.1002/hec.4164">https://doi.org/10.1002/hec.4164</a></p>
<p>Mandal, B. (2018). The Effect of Paid Leave on Maternal Mental Health. <i>Maternal and Child Health Journal</i>, 22(10), 1470-1476. <a href="https://doi.org/10.1007/s10995-018-2542-x">https://doi.org/10.1007/s10995-018-2542-x</a></p>
<p>Barry, K. M., Gomajee, R., Benarous, X., Dufourg, M.-N., Courtin, E., &amp; Melchior, M. (2023). Paternity leave uptake and parental post-partum depression : Findings from the ELFE cohort study. <i>The Lancet Public Health</i>, 8(1), e15-e27. <a href="https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00288-2">https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00288-2</a></p>
<p>Séjourné, N., Beaumé, M., Vaslot, V., &amp; Chabrol, H. (2012). Effets du congé de paternité sur la dépression du post-partum maternelle. <i>Gynécologie Obstétrique &amp; Fertilité</i>, 40(6), 360-364. <a href="https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.08.033">https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.08.033</a></p>
<p>Kornfeind, K. R., &amp; Sipsma, H. L. (2018). Exploring the Link between Maternity Leave and Postpartum Depression. <i>Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health</i>, 28(4), 321-326. <a href="https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.008">https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.008</a></p>



## 5 Présentation des tableaux descriptifs

“The impact of introducing a national scheme for paid parental leave on maternal mental health outcomes”  
 Bilgrami, A., Sinha, K., & Cutler, H. (2020). *Health Economics*, 29(12), 1657-1681. <https://doi.org/10.1002/hec.4164>

**Objectif** : Évaluer l'impact de l'introduction du régime national australien de congé parental rémunéré (PPL) en 2011 et de la rémunération complémentaire du père et du partenaire (DAPP) en 2013, sur la santé mentale maternelle.

Méthodes	Procédures	Résultats principaux	Forces et limites
<p><b>Design</b> : Etude longitudinale  <b>Echantillon</b>: 1480 naissances  <b>Critères d'inclusion</b> : Femmes éligibles à la PPL ayant un partenaire, accouchant avant et après la réforme de la PPL.  <b>Critères d'exclusion</b> : Enfants nés avant l'introduction du “Baby bonus” donc avant 2004 (= allocation de naissance accordée à toutes les femmes donnant naissance) afin d'éviter de confondre son effet avec l'introduction de la PPL et de la DAPP.  <b>Outil(s) de mesure(s)</b>: Mental Component Summary (MCS) qui est une sous-échelle du questionnaire « Short Form 36 », Mental Health Index-5 (MIH-5).  <b>Éthique</b> : Les auteurs déclarent ne pas avoir de potentiels conflits d'intérêts.</p>	<p><b>Données tirées de</b> l'enquête longitudinale « House hold, Income, and Labour Dynamics in Australia » (HILDA)  <b>Période</b> : 2004-2016  <b>Lieu de l'étude</b> : Australie  <b>Étapes</b> : Comparaison des naissances ayant eu lieu <b>avant</b> l'introduction de la PPL (groupe <b>contrôle</b>) et celles ayant eu lieu <b>après</b> celle-ci (groupe <b>traitement</b>) afin d'estimer l'effet de la naissance sur la santé mentale des mères.</p>	<p>L'accès à la PPL dans les années qui ont suivi la réforme a réduit la probabilité de dépression de <b>14 % (p= 0.011)</b>. Pour les femmes dont les partenaires étaient en plus éligibles au DAPP, la probabilité de dépression a été réduite de <b>18,5 % (p= 0.028)</b>. De plus, les scores MCS ont augmenté de <b>4,8 points</b> chez elles. Un score MCS élevé indique une meilleure perception de la santé mentale, il est interprété par rapport à une moyenne de référence dans la population générale. Une augmentation de 5 est considérée comme cliniquement significative dans cette étude selon les auteurs. Améliorations sur la santé mentale significativement plus élevées chez les primipares.</p> <p><b>Données socio-démographiques</b> : Groupes de traitement et de contrôle assez similaires en termes de co-variables, groupe de traitement post-réforme comptant une proportion plus élevée de femmes ayant un niveau d'études élevé, de cadres ou de professions libérales, des contrats de travail permanents et l'accès à un congé maternité payé par l'employeur.</p>	<p><b>Forces</b> : Les auteurs ont tenu compte des limites des études antérieures en analysant un ensemble plus large de mesures de résultats afin de contrer l'auto-déclaration.  <b>Limites</b> : Faible nombre d'accouchements de femmes éligibles au PPL avec des partenaires éligibles au DAPP, les auteurs n'ont donc pas pu séparer de manière fiable les effets de la politique pour la PPL et la DAPP. Ils ont donc plutôt analysé si la DAPP pouvait avoir un effet additif sur la PPL.</p>

“The Effect of Paid Leave on Maternal Mental Health”

Mandal, B. (2018). *Maternal and Child Health Journal*, 22(10), 1470-1476. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2542-x>

**Objectif:** Examiner l'effet d'un congé quelconque et d'un congé payé sur la santé mentale postnatale des femmes qui reprennent leur travail, en fonction de la durée du congé, qu'il soit court (dans les 12 semaines suivant l'accouchement) ou long (après 12 semaines).

Méthodes	Procédures	Résultats principaux	Forces et limites
<p><b>Design :</b> Etude rétrospective longitudinale  <b>Échantillon :</b> 3'850 femmes  <b>Critères d'inclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes travaillant à plein temps avant la naissance</li> <li>- Naissances uniques</li> </ul> <p><b>Critères d'exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants atteints du syndrome de Down, de Turner ou de spina bifida</li> <li>- Ménages dans lesquels la mère n'était pas la mère biologique</li> <li>- Femmes indépendantes</li> </ul> <p><b>Outil de mesure:</b> Echelle CEDS (seulement 12/20 questions ont été posées aux femmes).  <b>Éthique :</b> L'autorisation éthique d'utilisation des données restreintes de l'ECLS-B a été approuvée par le Bureau de Sécurité des Données de l'Institut des Sciences de l'Éducation du Département de l'Éducation des États-Unis, Centre National des Statistiques de l'éducation. La recherche a été menée conformément aux principes éthiques en vigueur.            Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts. Consentement libre et éclairé signé par les participants lors de la collecte initiale de données.</p>	<p><b>Données tirées de:</b> Early Childhood Longitudinal Survey - Birth Cohort (ECLS-B)  <b>Période :</b> données collectées entre octobre 2001 et décembre 2002  <b>Lieu de l'étude :</b> USA  <b>Étapes :</b>            Questions concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Congé pendant la grossesse ou juste après l'accouchement</li> <li>- Nombre de semaines de congé</li> <li>- Nombre de semaines de congé rémunéré</li> </ul> <p>Questionnaire CEDS à 9 mois post-partum.</p>	<p>Le retour au travail dans les 12 semaines suivant l'accouchement était associé à une moins bonne santé mentale (<b>OLS 0,14, p &lt; 0,01 ; PSM 0,13, p &lt; 0,05</b>).</p> <p>Un retour au travail précoce était associé à une probabilité plus élevée de troubles dépressifs majeurs (<b>OR 1,22, p &lt; 0,05</b>).</p> <p>Probabilité plus faible de trouble dépressif majeur chez les femmes ayant reçu un congé rémunéré (<b>OR 0,76, p &lt; 0,01</b>), même si retour au travail dans les 12 semaines suivant la naissance (<b>OR 0,64, p &lt; 0,01</b>).</p> <p><b>Population :</b>  <b>48.26%</b> des femmes interrogées sont retournées au travail dans les 12 semaines suivant l'accouchement.  <b>32.23%</b> sont retournées travailler à plein temps dans les 12 semaines après l'accouchement. La majorité étaient blanches non hispaniques (46.95%) et mariées (66.48%).</p>	<p><b>Forces :</b> Le sous-échantillon a été soigneusement défini pour chaque test d'hypothèse et on a apparié un groupe de contrôle au sein de chaque sous-échantillon à un groupe de traitement sur la base de leurs co-variables.</p> <p><b>Limites :</b>            On ne sait pas si les femmes ont retrouvé l'employeur qu'elles avaient avant la naissance ou si elles ont trouvé un nouvel employeur après avoir quitté le marché du travail. Pour chaque individu du groupe de traitement, l'auteur a trouvé un membre de comparaison dans le groupe de contrôle ayant le score de propension le plus proche, cependant toute différence non observable entre les groupes de traitement et les groupes de contrôle resterait une source possible de biais.</p>

“Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study”  
 Barry, K. M., Gomajee, R., Benarous, X., Dufourg, M.-N., Courtin, E., & Melchior, M. (2023).  
*The Lancet Public Health*, 8(1), e15-e27. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00288-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00288-2)

**Objectif:** Examiner l’association entre un congé paternité payé de 2 semaines et les symptômes de dépression post-partum chez la mère et le père 2 mois après la naissance de l’enfant.

Méthodes	Procédures	Résultats principaux	Forces et limites
<p><b>Design :</b> National cohort  <b>Echantillon :</b> 10’975 pères/13’075 mères  <b>Critères d’inclusion :</b> enfant unique ou jumeau, naissances vivantes ≥33semaines de gestation, âge de la mère ≥18 ans, pas de projet de quitter la France dans les 3 ans, consentement éclairé signé par les participants.  <b>Critères d’exclusion :</b> parents ayant bénéficié d’un congé parental plus long (par ex. pères de jumeaux), les pères ne cohabitant pas ou les pères n’ayant pas droit au congé de paternité, les parents n’ayant pas fourni d’informations sur leur état de dépression post-partum à deux mois.  <b>Outil de mesure :</b> EPDS (cut off à 10 pour les pères et 11 pour les mères).  <b>Ethique :</b> Approbations éthiques concernant la collecte de données ont été obtenues. Consentement libre et éclairé signé par les participants.</p>	<p><b>Données tirées de :</b> Etude longitudinale Française depuis l’Enfance (ELFE) cohort study  <b>Période :</b> 2011 (320 maternités de France)  <b>Lieu de l’étude :</b> France  <b>Phases :</b>  <b>1)</b> Les mères ont été interviewées en personne peu de temps après la naissance de l’enfant.  <b>2)</b> Pères et mères interviewés par téléphone 2 mois après la naissance de l’enfant (4,4 % (mères ou pères) n’ont pas rempli le questionnaire à chaque vague de collecte de données).</p>	<p>Prendre ou avoir l'intention de prendre un congé paternité rémunéré de 2 semaines a été associé à une probabilité réduite de déclarer une DPP chez les pères. Offrir un congé de paternité de 2 semaines pourrait exposer les mères à un risque plus élevé de DPP.  <b>Mère :</b> A 2 mois post-partum la DPP est de <b>16,1 %</b> chez celles dont le partenaire a pris un congé de paternité, de <b>15,1 %</b> chez celles dont le partenaire avait l'intention de prendre un congé de paternité, et de <b>15,3 %</b> chez celles dont le partenaire n'avait pas pris de congé paternité.  Pas d'observation d'effets bénéfiques similaires pour les mères dont les partenaires ont pris (<b>1,13 [1,05–1,20]</b>) ou avaient l'intention de prendre un congé de paternité (<b>1,02 [0,96–1,08]</b>).  <b>Père :</b> A 2 mois post-partum, la prévalence de la DPP était de <b>4,5 %</b> chez ceux qui ont pris un congé de paternité, de <b>4,8 %</b> chez ceux qui avaient l'intention de prendre un congé de paternité et de <b>5,7 %</b> chez ceux qui n'ont pas pris de congé de paternité.  <b>Population :</b> Age moyen pères = 32.6 ans (IQR 36.9-22.6) et des mères = 30.5 (34.0-27.1). Pas de différence en termes de parité, d'état de santé maternelle avant ou après la grossesse, de type d'accouchement ou de poids moyen à la naissance.</p>	<p><b>Forces :</b> vaste cohorte nationale, participants de différents milieux sociaux, inclusion de facteurs de confusion dans les analyses, prise en compte des principales caractéristiques de sélection et de confusion.  <b>Limites :</b> erreur de réponse possible, les pères qui prennent un congé de paternité sont susceptibles de différer de ceux qui n'en prennent pas, facteurs de confusion potentiels n'ont pas été mesurés, biais socio-économique.</p>

“Effets du congé de paternité sur la dépression du post-partum maternelle”

Séjourné, N., Beaumé, M., Vaslot, V., & Chabrol, H.

Centre d'étude et de recherches en psychopathologie, Université de Toulouse-le-Mirail, disponible sur Internet le 16 février 2012

*Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40(6), 360-364. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.08.033>

**Objectif:** Explorer le rôle du congé de paternité dans la survenue de la dépression postnatale maternelle.

Méthodes	Procédures	Résultats principaux	Forces et limites
<p><b>Design</b> : Étude longitudinale</p> <p><b>Échantillon</b> : 106 ont signé le formulaire de consentement puis 51 couples ont participé à la totalité de l'étude</p> <p>Critères d'inclusion : Primipares, multipares, femmes ayant accouché par voie basse, femmes ayant accouché par césarienne</p> <p><b>Critères d'exclusion</b> : Non mentionnés par les auteurs</p> <p><b>Outils de mesures</b> : EPDS (cut-off = 11), MSPSS, EITQ, ICQ, MAQ, MAPP-QOL</p> <p><b>Éthique</b> : Consentement libre et éclairé signé par les participants / Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.</p>	<p><b>Période</b> : Données collectées entre novembre 2009 et janvier 2010</p> <p><b>Lieu de l'étude</b> : France (Bordeaux)</p> <p><b>Phase 1</b> : Couples sont invités par les sage-femmes à compléter l'EPDS entre le 2ème et le 5ème jour du post-partum. Seule la mère a complété le MSPSS.</p> <p><b>Phase 2</b> : Deux mois après l'accouchement, les questionnaires étaient envoyés aux participants (mail ou voie postale, avec enveloppe affranchie pour le retour). Les mères devaient répondre à plusieurs questions ouvertes sur le vécu de la maternité, puis remplir six questionnaires (EPDS, MSPSS, EITQ, ICQ, MAQ, MAPP-QOL). Les pères répondaient à des questions ouvertes sur le vécu de la paternité et la prise du congé paternité et complétaient l'EPDS et l'ICQ.</p>	<p>Dans les jours suivant l'accouchement, le score moyen des mères à l'EPDS était de <b>7,43</b> (ET = 5,66) et 38 (<b>39 %</b>) présentaient un score supérieur ou égal à 9, indiquant un risque de dépression à venir. Le score moyen des pères était de 4,46 (ET = 4,33) et 20 (19 %) présentaient un risque de dépression. Deux mois après l'accouchement, le score moyen des femmes était de <b>7,12</b> (ET = 5,59) et 16 (<b>30 %</b>) avaient un score supérieur ou égal à 11, suggérant une dépression du post-partum.</p> <p>Le fait que le père prenne un congé paternité n'avait pas d'effet significatif sur les scores de l'EPDS deux mois après l'accouchement ou sur les scores des autres questionnaires (<b>p = 0.41</b>).</p> <p>En revanche, le manque d'implication paternelle était un prédicteur significatif de l'intensité des symptômes dépressifs maternels (<b>p &lt; 0,05</b>).</p> <p><b>Population</b> : Non mentionnée par les auteurs.</p>	<p><b>Forces</b> : Aucune forces mentionnées par les auteurs.</p> <p><b>Limites</b> : nombre réduit de participants ayant participé à la totalité de l'étude, motivations des pères pour prendre leur congé de paternité peuvent être très variées et donner lieu à des différences considérables concernant leur implication, inclut les femmes ayant accouché par césarienne et ayant des antécédents gynécologiques, augmentant ainsi les sources d'humeur dépressive.</p>

“Exploring the Link between Maternity Leave and Postpartum Depression”

Katelin R. Kornfeind, Heather L. Sipsma,

Department of Public Health, Benedictine University, Lisle, Illinois

*Women’s Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women’s Health*, 28(4), 321-326. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.008>

**Objectif:** Explorer le lien entre la durée du congé maternité et la dépression post-partum chez des mères aux Etats-Unis.

Méthodes	Procédures	Résultats principaux	Forces et limites
<p><b>Design :</b> Etude transversale (cross-sectional study)</p> <p><b>Echantillon :</b> 177 femmes</p> <p><b>Critères d’inclusion :</b> Femmes 18-45 ans, donné naissance à un enfant unique <math>\geq 37</math>SA entre le 01.07.11 et le 30.06.12 dans un hôpital américain, enfant en vie au moment de l’enquête, participation en anglais, femmes doivent être employées à 100% pendant leur grossesse et ayant repris le travail à 100% au moment de l’enquête.</p> <p><b>Critères d’exclusion :</b> Indépendante, naissance d’un enfant <math>\leq 37</math>SA, hospitalisation en néonatalogie.</p> <p><b>Outil(s) de mesure(s) :</b> Patient Health Questionnaire (score <math>&gt;3</math> = dépistage positif des symptômes dépressifs)</p> <p><b>Éthique :</b> Non mentionnée par les auteurs.</p>	<p><b>Période :</b> Juillet 2011 - mars 2013</p> <p><b>Lieu de l’étude :</b> États-Unis</p> <p><b>Étapes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 2400 interviews en ligne (femmes 18-45 ans, donné naissance entre 07.11-12).</li> <li>2) Sous-échantillons “A l’écoute des mères III – les nouvelles mères s’expriment” a répondu à une enquête supplémentaire entre 01-04.13 (même critère que n°1 + enfant encore en vie au moment de l’enquête et participer en anglais) <math>\rightarrow</math> 1072 femmes.</li> <li>3) Limitation aux femmes employées à 100% par quelqu’un d’autre pendant leur grossesse, repris le travail à 100% au moment de l’enquête, naissance d’un bébé <math>\geq 37</math>SA et en bonne santé <math>\rightarrow</math> 177 femmes.</li> </ol>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>Parmi les mères ayant <math>\leq 12</math> semaines de congé, les congés maternité plus longs étaient associés à une probabilité significativement plus faible de présenter des symptômes de DPP (<b>OR 0.58; 95% CI, 0.40-0.84</b>). Chaque semaine supplémentaire de congé maternité était associée à une probabilité réduite de <b>42%</b> de présenter des symptômes de DPP. Parmi les mères ayant bénéficié d’un congé de plus de 12 semaines, la durée du congé n’a pas été associée à des symptômes de DPP.</p> <p><b>Population :</b> blancs, non hispaniques/autres (66.5%), très instruits (75% ont un niveau d’études <math>\geq</math> au baccalauréat) et mariés (63.8%).</p>	<p><b>Forces :</b> Echantillon national raisonnablement généralisable, plusieurs facteurs de confusion potentiels, possibilité d’examiner spécifiquement les femmes employées à 100% pendant la période postnatale.</p> <p><b>Limites :</b> Analyse de données secondaires (limitées aux données disponibles), mesure des symptômes dépressifs limitée au Patient Health Questionnaire, femmes blanches, non hispaniques/autres, très instruites, mariées, uniquement femmes travaillant à 100%, petit échantillon, pas de connaissance du lieu de vie des femmes et donc impossible de savoir si elles vivaient dans un état avec ou sans une politique de congé payé, collection de données après le pic de DPP et une fois retournées au travail, étude seulement en anglais.</p>

## 6 Articulation des résultats par thématique

### 6.1 Facteurs liés à un congé de plus de 12 semaines

Les résultats montrent que les femmes qui retournent travailler dans les 12 semaines suivant l'accouchement avaient un moins bon score CEDS (OLS 0.14,  $p < 0.01$ ; PSM 0.13,  $p < 0.05$ ) que les femmes qui sont retournées au travail après 12 semaines de congé maternité, c'est-à-dire une moins bonne santé mentale. En plus de cela, une association a été faite entre le retour précoce au travail et une probabilité plus élevée de troubles dépressifs majeurs (OR 1.22,  $p < 0.05$ ) (Mandal, 2018).

De plus, les résultats indiquent qu'un retour au travail dans les 12 semaines suivant l'accouchement était associé à une dégradation de la santé mentale (Mandal, 2018). En outre, un retour précoce au travail était corrélé à une probabilité accrue de présenter un trouble dépressif majeur. Il est intéressant de noter que le retour au travail s'est avéré bénéfique pour la santé mentale des femmes qui travaillaient à plein temps avant la naissance. Cependant, un retour dans les 12 premières semaines après la naissance a eu un impact négatif significatif (Mandal, 2018).

En revanche, selon Mandal (2018) il y a une probabilité moindre de trouble dépressif majeur chez les femmes qui sont revenues tôt mais qui ont bénéficié de congé payé (OR 0,64,  $p < 0,01$ ). Cet aspect sera analysé dans le prochain chapitre.

En supplément, il est intéressant de voir qu'aucune association n'a été faite entre un congé de plus de 12 semaines et des symptômes de dépression du post-partum (OR 0.97 ; 95%, CI 0.73-1.29). En revanche, chez les femmes ayant moins de 12 semaines de congé, chaque semaine de congé supplémentaire est associée à un effet protecteur de présenter des symptômes de dépression post-partum (Kornfeind & Sipsma, 2018).

Le modèle multivarié de Kornfeind & Sipsma (2018) suggère que parmi les mères ayant 12 semaines minimum de congé, des congés maternité plus longs sont associés à des chances significativement plus faibles de présenter des symptômes de dépression post-partum (OR, 0,58 ; IC à 95 %, 0,40–0,84). Chaque semaine supplémentaire de congé maternité est associée à une réduction de 42 % de risques de présenter des symptômes de dépression post-partum (Kornfeind & Sipsma, 2018).

Pour conclure, les articles traitant de la durée du congé suggèrent qu'un congé plus long est bénéfique pour la santé mentale des jeunes mères avec un risque réduit de symptômes de dépression du post-partum. En effet, les articles mentionnent une augmentation significative du risque de dépression du post-partum en cas de congé inférieur à 12 semaines. Mandal (2018) mentionne un risque augmenté (OR 1.22) et Kornfeind & Sipsma (2018) renforcent cette idée en démontrant que chaque semaine supplémentaire de congé chez les femmes bénéficiant d'un congé inférieur à 12 semaines a un effet protecteur (OR 0.58).

Concernant les outils de mesure de la dépression post-partum, il est intéressant de noter que Mandal (2018) n'a utilisé que 12 items sur les 20 initialement prévus par le score CEDS. Chaque item peut obtenir un score entre zéro et trois points et le total de ces points permet d'évaluer les symptômes dépressifs. Un cut-off à 14 points a été choisi pour diagnostiquer des troubles dépressifs majeurs (Mandal, 2018). Le calcul du cut-off a été défini proportionnellement à d'autres études, qui elles ont choisi un cut-off à 11 points pour les femmes sur un questionnaire comprenant neuf items (Spriggs & Halpern, 2008). Il est intéressant de noter que, en gardant les décimales dans les calculs de proportionnalité, pour un questionnaire de 12 questions le cut-off aurait dû être de 14.4 et pour un questionnaire de neuf questions le cut-off aurait dû être de 10.8. Toutefois, comme les points attribués par question ne peuvent être qu'entiers, il est normal pour les auteurs d'avoir arrondi les résultats. De plus, Kornfeind & Sipsma (2018) ont utilisé le Patient Health Questionnaire avec un cut-off à trois points. Pour finir, la puissance des deux études n'est pas similaire. En effet, dans l'étude menée par Mandal, 177 femmes ont participé alors que dans l'étude de Kornfeind & Sipsma il y avait 3'850 participantes.

## 6.2 Facteurs liés à l'octroi d'un congé payé

L'accès à un congé maternité rémunéré serait associé à une meilleure santé mentale pour les jeunes mères. En effet, selon l'étude américaine de Mandal (2018), le fait de recevoir un congé rémunéré est associé à de meilleurs résultats en terme de santé mentale. Les femmes ayant accès à un congé payé après l'accouchement ont une probabilité plus faible de troubles dépressifs majeurs (OR 0.76,  $p < 0.01$ ). Il est intéressant de constater que les femmes retournant travailler dans les 12 semaines suivant la naissance de leur enfant avaient une probabilité plus faible de troubles dépressifs majeurs si elles bénéficiaient d'un congé rémunéré (OR 0.64  $p < 0.01$ ) (Mandal, 2018).

Pour les femmes retournant travailler à temps plein après leur accouchement, le fait d'avoir accès à un congé rémunéré est lié à une réduction du score CEDS (écart type 0.21,  $p < 0.01$ ), ce qui signifie une meilleure santé mentale. Le score CEDS est toujours calculé de la même manière et le cut-off est à 14 points comme cité dans le chapitre précédent.

Les femmes ayant bénéficié d'un congé rémunéré et qui sont retournées vers un emploi à temps plein, que ce soit dans les 12 semaines suivant l'accouchement ou à la date de l'enquête avaient également une probabilité moindre de développer un trouble dépressif majeur (OR 0.67,  $p < 0.01$ ) (Mandal, 2018).

C'est ce que confirme l'étude de Bilgrami et al. (2020). En effet, selon eux, l'accès au schéma national de congé parental rémunéré (PPL) d'une durée de 18 semaines au salaire minimum national a permis de réduire de 14 % la probabilité de troubles dépressifs qu'ils soient légers, modérés ou sévères ( $p = 0.011$ ) (Bilgrami et al., 2020).

L'outil de mesure utilisé pour évaluer la santé mentale des mères est le Mental Component Summary score (MCS) qui est construit à partir d'items concernant la santé mentale, la vitalité, le fonctionnement social et la santé générale. Il est plus étendu que l'Indice de Santé Mentale-5 (MHI-5), qui est basé uniquement sur des items concernant la santé mentale. Cependant, les auteurs ont utilisé cet outil pour mesurer la sévérité de la dépression.

Les auteurs ont hiérarchisé les troubles dépressifs selon ce modèle : l'absence de dépression ( $MHI-5 > 68$ ), une dépression légère ( $60 < MHI-5 \leq 68$ ), une dépression modérée ( $52 < MHI-5 \leq 60$ ) et une dépression sévère ( $MHI-5 \leq 52$ ) (Bilgrami et al., 2020).

De plus, les changements dans trois questions spécifiques du questionnaire Short Form 36 (SF-36) qui ont la sensibilité la plus élevée pour détecter la dépression majeure ont été analysés chez les femmes avant et après l'introduction de la PPL. Il s'agit de la fréquence de "se sentir déprimée", "se sentir calme et paisible" et "se sentir tellement déprimé que rien ne pourrait vous remonter le moral" au cours des quatre dernières semaines. Ces mesures ont été converties en quatre catégories, une catégorie plus élevée indique une fréquence accrue de ressentir un de ces états particuliers (Bilgrami et al., 2020).

Ces résultats vont dans le sens de l'article de Mandal (2018) et renforcent l'hypothèse qu'un congé rémunéré a des répercussions positives sur la santé mentale des jeunes mères. Cependant, les outils ainsi que la méthode de mesure de la sévérité de la dépression sont différents dans les deux articles. L'un utilise une mesure binaire avec un cut-off pour diagnostiquer une dépression sévère, tandis que l'autre classe le trouble dépressif en quatre différentes catégories selon sa sévérité. De plus, il analyse comment se sont senties les femmes au cours des quatre dernières semaines selon trois questions spécifiques concernant la santé mentale.

L'accès à la rémunération complémentaire du père et du partenaire (DAPP), c'est-à-dire deux semaines de congé rémunéré au salaire minimum national pour le co-parent, pourrait avoir renforcé les bienfaits pour la santé mentale des nouvelles mères. En effet, les femmes éligibles à la PPL et dont les partenaires avaient accès au DAPP avaient une probabilité significativement réduite de dépression et des améliorations plus étendues de la santé mentale ont été observées (Bilgrami et al., 2020). La probabilité de dépression a diminué de 18.5% chez elles tandis que le score MCS de ces femmes a augmenté de 4.8 points. Pour cette étude, une augmentation de 5 points du MCS est considérée comme cliniquement significative selon les auteurs (Bilgrami et al., 2020). De plus, des améliorations notables ont été observées dans des items du SF-36 qui sont sensibles à la détection de la dépression majeure tels que "se sentir déprimée" et "se sentir calme et paisible" (Bilgrami et al., 2020). Ces résultats suggèrent que le DAPP a complété les bénéfices de la PPL en matière de santé mentale maternelle (Bilgrami et al., 2020).



Toujours selon Bilgrami et al. (2020), les plus grands bénéfices pour la santé mentale ont été observés chez les femmes ayant déjà accès à un congé payé par l'employeur, avec une réduction de 14,2 % à 16,7 % de la probabilité de toute dépression qu'elle soit légère, modérée ou sévère. Selon les auteurs, ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes partaient d'une plus grande durée de congé et ont augmenté la durée de celui-ci jusqu'à près de 6 mois.

En revanche, les femmes n'ayant pas droit à un congé payé par l'employeur ultérieurement ont augmenté la durée de leur congé de cinq à neuf semaines en moyenne après l'introduction de la PPL, ce qui pourrait ne pas être assez long pour montrer des effets bénéfiques sur la santé mentale.

Cette hypothèse s'aligne avec les articles de (Mandal, 2018) et de (Kornfeind & Sipsma, 2018) qui mentionnent qu'un congé de moins de 12 semaines aurait un effet délétère sur la santé mentale des jeunes mères.

Il est aussi important de noter que l'amélioration de la santé mentale après l'introduction de la réforme a été significativement plus importante chez les primipares ( $p < 0.01$ ) (Bilgrami et al., 2020).

### 6.3 Facteurs liés à la présence du co-parent

Le manque d'implication paternelle était un prédicteur significatif de l'intensité des symptômes dépressifs maternels ( $p < 0,05$ ) et il a été mis en évidence que les pères ayant pris un congé paternité évaluent leur implication dans les soins au bébé comme plus importante (9.32 ; ET 3.06) que les pères n'ayant pas pris de congé (7.52 ; ET 3.48) (Séjourné et al., 2012). Cette implication a été mesurée en utilisant quatre indicateurs qui visent à évaluer sa participation aux soins du bébé (s'occuper, changer, jouer et prendre soin du bébé seul) (Séjourné et al., 2012). Le coefficient alpha de Cronbach pour cette échelle était de 0,85. D'après l'Université de Sherbrooke, ce coefficient permet de mesurer la fiabilité des résultats émanant de questions posées dans un questionnaire.

Cependant, le fait que le père prenne un congé paternité n'a pas d'effet significatif sur les scores de l'EPDS des femmes deux mois après l'accouchement ( $p=0.41$ ) (Séjourné et al., 2012). En effet, il est ressorti que le fait d'offrir un congé paternité de deux semaines pourrait exposer les mères à un risque plus élevé de dépression post-partum (OR 1.13 95% CI 1.05–1.20), ce qui suggère que la durée et le moment optimaux du congé, entre autres, doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi (Barry et al., 2023).

Les premiers résultats ont indiqué que les mères dont les partenaires avaient pris un congé paternité (OR 0,91 [IC à 95 % 0,89–0,92]), ainsi que celles dont les partenaires avaient l'intention de prendre un congé paternité (0,87 [0,84–0,88]), présentaient des probabilités réduites de souffrir de dépression post-partum par rapport à celles dont les partenaires n'avaient pas pris de congé paternité (Barry et al., 2023). Cependant, après l'ajustement par IPW (Inverse Probability Weighting), de nouveaux résultats ont émergé. Les mères affichaient des probabilités plus élevées de dépression post-partum à deux mois si leurs partenaires prenaient un congé paternité par rapport à celles dont les partenaires n'en prenaient pas (OR 1,13 [IC à 95 % 1,05–1,20]). Pour les mères dont les partenaires avaient l'intention de prendre un congé paternité, les résultats n'atteignaient pas de signification statistique (1,02 [IC à 95 % 0,96–1,08];  $p=0,52$ ) (Barry et al., 2023).

Ces chiffres traduisent donc que 16.1% des mères dont le partenaire a pris un congé présentaient une dépression post-partum. Cette dernière touche 15.1% des mères dont le partenaire avait l'intention de prendre un congé paternité et 15.3% chez les mères dont le partenaire n'a pris aucun congé (Barry et al., 2023).

Il est également intéressant de noter que, comme cité dans le chapitre précédent, l'accès au DAPP semble réduire la probabilité de dépression et apporter des effets bénéfiques à la santé mentale des nouvelles mères (Bilgrami et al., 2020). Ce point sera développé plus en détails dans la partie suivante de notre travail.

En revanche et contrairement aux mères, les pères ayant pris un congé paternité et ceux ayant l'intention de prendre un congé présentaient des probabilités significativement réduites de développer une dépression post-partum par rapport aux pères n'ayant pas pris de congé paternité (Barry et al., 2023).

Pour résumer, les mères ont une probabilité plus élevée de déclarer une dépression post-partum à deux mois lorsque leurs partenaires ont pris un congé paternité de deux semaines à la naissance de leur enfant (Barry et al., 2023). Ceci suggère que le congé paternité payé de deux semaines pourrait être bénéfique pour les pères en ce qui concerne la dépression post-partum, mais il pourrait ne pas être adéquat pour prévenir la dépression post-partum chez les mères (Barry et al., 2023).

De plus, il est intéressant de noter que les deux articles utilisent la même échelle de mesure de la dépression post-partum ce qui rend la généralisation des résultats plus fiable.

En effet, elles se sont toutes les deux basées sur l'EPDS. C'est un auto-questionnaire de 10 items destiné à évaluer les symptômes dépressifs. Dans le cadre de l'étude menée par Séjourné et al. (2012), ils ont différencié un score seuil de 9 pour le dépistage des personnes à risque et un score seuil de 11 comme indicateur de dépression post-partum. Ce même cut-off (11) a été utilisé dans l'étude menée par Barry et al. (2023).

## 7 Discussion

### 7.1 Facteurs liés à la présence d'un congé de plus de 12 semaines

Les conclusions extraites des études semblent toutes indiquer qu'un congé plus long est bénéfique pour la santé mentale des jeunes mères avec un risque réduit de symptômes de dépression post-partum.

Les articles mentionnent une augmentation significative du risque de dépression post-partum en cas de congé inférieur à 12 semaines. Mandal (2018) mentionne un risque augmenté et Kornfeind & Sipsma (2018) renforcent cette idée en mentionnant que chaque semaine supplémentaire de congé chez les femmes bénéficiant d'un congé inférieur à 12 semaines aurait un effet protecteur.

Une revue systématique de la littérature datant de 2023 renforce cette observation (Hidalgo-Padilla et al., 2023). En effet, elle décrit une tendance significative de réduction des symptômes de dépression post-partum si le congé maternité était prolongé (Hidalgo-Padilla et al., 2023).

Deux études américaines accentuent aussi le constat qu'un congé maternité plus étendu est significativement lié à des scores CEDS inférieurs ou à une diminution du nombre de cas de dépression post-partum (Chatterji & Markowitz, 2004). De plus, d'après Dagher et al. (2014), le congé maternité permet aux mères de se reposer et de récupérer après la grossesse et l'accouchement. Les résultats de cette étude suggèrent que la durée actuelle du congé prévue par la loi sur le congé familial et médical, soit douze semaines, pourrait être insuffisante pour les mères à risque de dépression post-partum ou qui en souffrent (Dagher et al., 2014). Une étude supplémentaire également menée aux États-Unis a démontré qu'une période de congé maternité comprise entre deux et trois mois (8-12 semaines) réduisait la probabilité de développer une dépression par rapport à une durée d'un mois (4 semaines) ou moins (Petts, 2018).

Pour compléter ces résultats, une étude américaine explique que les femmes ayant bénéficié de six semaines de congé maternité présentaient plus de dépression post partum que les femmes ayant bénéficié de 12 semaines de congé maternité (Shumbusho et al., 2020). Cependant, ces résultats étaient statistiquement non significatifs. Ceci peut s'expliquer par une faible puissance de l'étude. En effet, seul 214 questionnaires ont été rassemblés, dont 130 provenant de femmes ayant pris un congé maternité de 6 semaines et 84 de femmes ayant bénéficié de 12 semaines de congé (Shumbusho et al., 2020).

Il convient de souligner que d'après Hidalgo-Padilla et al. (2023), la majorité des études identifiant une corrélation significative ont été évaluées comme étant de qualité modérée à élevée.

En revanche, la plupart des études ne révélant pas de corrélations significatives étaient jugées de qualité inférieure. Ils citent en exemple un article datant de 1995 qui n'a pas trouvé de corrélation significative entre la durée du congé maternité et les symptômes de dépression post-partum (Hyde et al., 1995). Cette étude a en revanche décrit une interaction significative avec les préoccupations conjugales lors de la prédiction de la dépression : les femmes qui prenaient un congé court (six semaines ou moins) et qui étaient préoccupées par leur mariage présentaient les scores de dépression les plus élevés (Hyde et al., 1995).

## 7.2 Mesure de la dépression

On peut néanmoins relever que les différentes études n'utilisent pas les mêmes outils de mesure pour définir la dépression post-partum.

En effet, comme déjà mentionné, Mandal (2018) a utilisé le score CEDS avec 12 items sur les 20 initialement prévus par le score. Un cut-off à 14 points a été proportionnellement calculé et choisi pour diagnostiquer des troubles dépressifs majeurs chez la femme (Mandal, 2018).

Si les questionnaires sur la santé mentale des mères avaient été plus exhaustifs et précis, les résultats auraient peut-être été différents. De plus, le calcul du cut-off a été défini proportionnellement à d'autres études, qui elles ont choisi un cut-off à 11 points pour les femmes sur un questionnaire comprenant neuf items (Spriggs & Halpern, 2008). Comme mentionné plus haut, pour un questionnaire de 12 questions le cut-off aurait dû être de 14.4 et pour un questionnaire de neuf questions le cut-off aurait dû être de 10.8. Cependant, ces arrondis par défaut ou par excès ont peut-être une influence sur les résultats de ces études. Pour appuyer cette hypothèse, d'après Chatterji & Markowitz (2012) le Département de l'Éducation des États-Unis recommande d'utiliser un cut-off de 15 ou plus pour définir la dépression sévère sur cette version modifiée de l'échelle CEDS (12 items).

Néanmoins l'interprétation des outils de mesure n'est pas toujours défini de la même façon dans les différentes études, ce qui limite la généralisation des résultats. En effet, selon Mandal (2018) un score supérieur à 14 (pour 12 items) permet de diagnostiquer des troubles dépressifs majeurs. Cependant, certains auteurs estiment que le score CEDS ne permet pas un diagnostic de dépression majeure selon le DSM-IV et que son utilisation principale doit être un outil de dépistage de la dépression (Chatterji & Markowitz, 2004).

En outre, les outils de mesure ne sont pas les mêmes dans chaque étude ce qui limite également la généralisation des résultats. Le Patient Health Questionnaire a été utilisé par Kornfeind & Sipsma (2018) avec un cut-off situé à trois points comme le recommande la littérature. En effet, un cut-off à trois points permet une sensibilité de 83 % et une spécificité de 92 % pour la dépression majeure (Kroenke et al., 2003).

En conclusion, et malgré ces disparités dans la mesure de la dépression, les données recueillies à partir de multiples études semblent converger vers une conclusion commune : un congé maternité prolongé est associé à une amélioration significative de la santé mentale des jeunes mères, avec une réduction notable des symptômes de dépression post-partum. Cette corrélation est soutenue par une augmentation significative du risque de dépression observée chez les femmes bénéficiant de congés maternité de durée inférieure à 12 semaines. Ces résultats soulignent l'importance cruciale d'accorder aux mères un congé maternité suffisamment long pour favoriser leur bien-être psychologique post-accouchement et encourager ainsi une transition plus saine vers la parentalité.<sup>3</sup>

### 7.3 Facteurs liés à l'octroi d'un congé payé

Dans les deux articles abordant la question de la rémunération du congé postnatal, les résultats vont dans le sens que l'octroi d'un congé rémunéré est corrélé à moins de symptômes dépressifs chez les jeunes mères (Mandal, 2018) (Bilgrami et al., 2020). D'autres études dans la littérature semblent aller dans la même direction. En effet, dans leur revue de littérature, Hidalgo-Padilla et al. (2023) mentionnent que sur quatre études traitant de la rémunération du congé postnatal, deux d'entre-elles avaient des résultats significatifs en matière d'amélioration sur la santé mentale des mères.

Dans une seconde revue systématique de littérature, cinq études confirment que la présence d'un congé payé est associée à des taux plus faibles de dépression maternelle (Van Niel et al., 2020).

Selon Bilgrami et al. (2020), l'introduction d'un schéma national de congé parental rémunéré de 18 semaines en Australie a eu des effets bénéfiques sur la santé mentale des mères. Les effets de ce modèle de congé parental sur la santé des mères ont également été étudiés par Hewitt et al. (2017) et les résultats étaient similaires concernant les bénéfices sur la santé mentale (Hewitt et al., 2017). En conclusion, il semblerait que l'introduction d'un modèle universel de congé rémunéré apporterait des avantages pour la santé mentale des mères. Cependant, il semble difficile de savoir si les bénéfices sur la santé mentale des mères sont attribuables à la rémunération du congé ou plutôt à sa durée. L'étude de Bilgrami et al. (2020) rapporte en effet que toutes les femmes, celles ne bénéficiant pas de congé rémunéré ou celles ayant déjà accès à un congé payé par leur employeur avant la réforme, ont allongé la durée de leur congé après l'introduction du modèle national de congé rémunéré.

---

<sup>3</sup> Paragraphe élaboré à l'aide de l'intelligence artificielle ChatGPT OpenAI

Toujours selon Bilgrami et al. (2020), l'accès à la rémunération complémentaire du père et du partenaire (DAPP) serait associé à une réduction significativement plus importante de la probabilité de dépression. De plus, des améliorations plus étendues de la santé mentale des nouvelles mères ont été rapportées.

Comme cité dans le précédent chapitre, de plus grands bénéfices sur la santé mentale des mères ont été observés chez les femmes ayant déjà droit à un congé rémunéré par l'employeur avant l'introduction de la réforme (Bilgrami et al., 2020). Selon les auteurs, ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes partaient d'une plus grande durée de congé et ont augmenté la durée de celui-ci jusqu'à près de six mois. En revanche, les femmes n'ayant pas droit à un congé payé par l'employeur ultérieurement ont augmenté la durée de leur congé de cinq à neuf semaines en moyenne après l'introduction de la PPL. Ce qui pourrait ne pas être assez long pour observer des effets bénéfiques sur la santé mentale, car il a été démontré qu'un congé inférieur à 12 semaines augmenterait le risque de développer une dépression post-partum (Mandal, 2018) (Kornfeind & Sipsma, 2018).

Ces résultats mettent en avant le fait que les femmes ayant accès à une politique moins généreuse de congé maternité sont plus à risque de développer une dépression post-partum. Ces femmes ont le plus souvent les conditions socio-économiques les plus précaires, ce qui ne fait que renforcer les inégalités sociales. Ceci laisse penser qu'un congé rémunéré suffisamment long et systématique pour toutes les femmes quel que soit leur emploi serait une piste à explorer afin de réduire ces inégalités et les risques de symptômes dépressifs chez elles.

L'amélioration de la santé mentale après l'introduction du schéma national de congé parental rémunéré en Australie a été significativement plus importante chez les primipares (Bilgrami et al., 2020). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes primipares ont un risque plus accru de développer une dépression post-partum que les multipares (Dubey et al., 2021). Il semble donc important que ces femmes-là en particulier aient droit à un congé plus long et rémunéré.

#### 7.4 Facteurs liés à la présence du co-parent

Les résultats des différentes études montrent que la prise d'un congé paternité de deux semaines par le père au moment de la naissance de l'enfant n'a pas d'effet significatif sur les scores de l'EPDS des mères deux mois après l'accouchement (Séjourné et al., 2012). Pour rappel, l'EPDS est un auto-questionnaire de 10 items destiné à évaluer les symptômes dépressifs. Dans le cadre de l'étude menée par Séjourné et al. (2012), un score seuil de neuf a été retenu pour le dépistage des personnes à risque, tandis que celui de 11 a été utilisé comme indicateur de dépression post-partum.

Ce cut-off semble effectivement être fiable. En effet, Guedeney & Fermanian (1998) ont déterminé que le score seuil optimal est de 10,5 avec une sensibilité de 0,80 et une spécificité de 0,92 (Guedeney & Fermanian, 1998).

Cependant, une étude suédoise semble dire le contraire. Cette étude a également utilisé l'EPDS, toutefois, elle a utilisé un cut-off à 10. Cette dernière a observé une amélioration de la santé maternelle sous forme de réduction des symptômes dépressifs avec tout congé paternel (Seimyr et al., 2004). Comme mentionné dans le chapitre précédent, l'accès au DAPP (rémunération complémentaire du père et du partenaire) renforcerait les bénéfices sur la santé mentale des mères (Bilgrami et al., 2020). On peut en effet imaginer que les partenaires ayant droit à cette rémunération supplémentaire sont plus impliqués et présents durant une durée plus longue auprès de leur famille, ce qui expliquerait les bénéfices sur la santé mentale des mères.

Toutefois, étant donné que ces deux études n'ont pas utilisé le même cut-off pour l'EPDS (une fois arrondi par excès et une fois par défaut) il est envisageable que des résultats différents émergeraient en cas de cut-off commun. Par contre, il est intéressant de mettre en évidence que l'étude de Séjourné et al. (2012) n'incluait que 51 couples tandis que l'étude suédoise incluait 434 femmes. Nous estimons donc que, malgré un cut-off plus bas d'un point, la puissance de l'étude suédoise rend ses résultats fiables.

Deuxièmement, nos articles montrent qu'un manque d'implication paternelle s'est avéré être un prédicteur significatif de l'intensité des symptômes dépressifs maternels (Séjourné et al., 2012). Il a été observé que les pères ayant pris un congé paternité évaluaient leur implication dans les soins au bébé comme étant plus importante que les pères n'ayant pas pris de congé (Séjourné et al., 2012). Comme mentionné plus haut, l'engagement paternel a été évalué dans cette étude en utilisant quatre indicateurs qui visent à évaluer sa participation aux soins du bébé (s'occuper, changer, jouer et prendre soin du bébé seul). Le coefficient alpha de Cronbach pour cette échelle était de 0,85. Un score de plus de 0.70 est considéré comme fiable (Institut de recherche et de documentation pédagogique (IRDP), 2016). Ceci semble donc nous montrer que ces résultats sont fiables et probants.

De plus, un article de 2014 semble appuyer ces résultats et démontre que les pères ayant pris un congé étaient plus enclins à s'impliquer régulièrement dans la vie de leur enfant par rapport à ceux qui n'ont pas pris de congé (Huerta et al., 2014). Par ailleurs, dans le même article, il est suggéré que la santé mentale moins favorable des mères pourrait découler de relations familiales moins satisfaisantes, potentiellement influencées par l'implication moindre des pères dans la vie familiale (Huerta et al., 2014).

Nos recherches semblent donc toutes indiquer que l'implication des pères est liée à la santé mentale des mères. En effet, un engagement paternel accru est associé à des symptômes dépressifs maternels réduits.

Encourager une implication paternelle active, notamment par le biais de congés paternité, pourrait donc être bénéfique pour le bien-être maternel et familial.

De plus, nos articles mettent en évidence que les pères ayant pris un congé paternité et ceux envisageant d'en prendre un présentaient des probabilités significativement réduites de développer une dépression post-partum par rapport à ceux n'ayant pas pris de congé de paternité (Barry et al., 2023).

Il semblerait que ce constat soit étayé par d'autres études. En effet, une étude menée en Irlande met en évidence les facteurs associés à un risque accru de dépression postnatale chez les pères (Philpott & Corcoran, 2018).

Il en ressort que la présence d'un nourrisson souffrant de problèmes de sommeil, des antécédents de dépression, un manque de soutien social, des circonstances économiques défavorables, le statut de non-marié ou le fait de ne pas bénéficier d'un congé de paternité augmentaient le risque de dépression post-partum paternelle (Philpott & Corcoran, 2018).

Il semblerait donc que le congé paternité de deux semaines ait un effet bénéfique pour les pères. Pour les mères en revanche, il a un effet moins significatif et il semblerait qu'une bonne satisfaction de l'implication du co-parent soit plus important et protecteur (Barry et al., 2023).

En conclusion, nos études ont mis en lumière des résultats diversifiés concernant les effets du congé paternité sur la santé mentale des mères. Alors que certaines recherches n'ont pas trouvé de lien significatif entre le congé paternité et les scores de dépression post-partum chez les mères, d'autres ont observé des améliorations significatives de la santé maternelle en cas de congé paternité. En particulier, l'accès à une rémunération complémentaire pour le partenaire semble renforcer ces bénéfices sur la santé mentale des mères.

Par ailleurs, notre analyse a souligné l'importance de l'engagement paternel dans la vie familiale. En outre, il est également suggéré que le congé paternité peut avoir des effets bénéfiques pour les pères en réduisant leur risque de développer une dépression post-partum.

## 7.5 Ethique

Dans le contexte des soins postnatals et de la prévention de la dépression post-partum, les principes éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice jouent un rôle central. Le but de ce travail est de mettre en évidence comment les modalités de congé postnatal influencent le risque de dépression post-partum chez les mères, puis d'explorer des pistes afin de réduire son incidence et ainsi améliorer la santé mentale des nouvelles mères. Ceci entre dans le concept de bienfaisance.



En effet, la bienfaisance dans un contexte de soins implique l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt des patientes et de leur fournir des soins visant à améliorer leur santé et leur qualité de vie. La non-malfaisance exige de minimiser les risques pour la santé mentale des mères en évitant les pratiques ou politiques qui pourraient aggraver leur vulnérabilité à la dépression post-partum.

Il est crucial que les patientes aient accès à toutes les informations pertinentes concernant leurs droits en matière de travail pendant la période postnatale, ainsi que les options de congé pour le co-parent. Cette transparence permet aux patientes de prendre des décisions éclairées et autonomes, en choisissant les meilleures solutions adaptées à leur situation individuelle. Cela contribue à renforcer leur capacité à prendre en charge leur propre santé et bien-être.<sup>4</sup>

De plus, la période postnatale creuse encore un peu plus les inégalités socio-économiques entre les femmes. Ainsi, il a été mis en évidence dans ce travail l'importance que toutes les femmes, quelle que soit leur situation sociale ou économique, aient accès à un congé postnatal adéquat et à un soutien approprié pour prévenir la dépression post-partum. Une répartition équitable des ressources et des politiques semble donc nécessaire pour parvenir à cela (Waller, 2022).

En tant que futures professionnelles de santé, il nous paraît essentiel d'agir dans une perspective de bienfaisance et de non-malfaisance afin de tout mettre en œuvre pour que les futures et les nouvelles mères aient le meilleur vécu possible de la période périnatale. Notre rôle sage-femme implique aussi de se positionner en faveur des femmes et des familles que nous accompagnons, de leur faire prendre conscience de leurs droits et de les défendre autant que possible afin de favoriser leur autonomie. C'est ce que nous avons voulu faire à travers ce travail. La question de l'égalité, de genre notamment mais aussi de classe socio-économique, est également une valeur importante à nos yeux. Nous voulions donc démontrer au cours de ce travail qu'une répartition équitable du congé postnatal entre les différents milieux socio-économiques ainsi qu'entre les deux parents contribuerait notamment au bien-être des jeunes mères, parmi les nombreux autres avantages que cela apporterait.

Cependant, il est important de garder en tête que ce travail se base uniquement sur les résultats de cinq articles. Il faut donc rester prudent dans l'interprétation des résultats et ne pas tirer de conclusions définitives ou généralisées. Des recherches plus approfondies pourraient s'avérer nécessaires afin de confirmer ou nuancer les conclusions de notre revue de littérature.

Concernant la dimension éthique des cinq articles que nous avons sélectionnés pour ce travail, dans la plupart d'entre eux il est mentionné que les auteurs n'ont pas de potentiels conflits d'intérêts concernant les différentes études. De plus, dans trois d'entre eux, il est mentionné qu'un consentement libre et éclairé a été signé par les participants lors de la collecte de données.

---

<sup>4</sup> Paragraphe élaboré à l'aide de l'intelligence artificielle ChatGPT OpenAI

Seul un des cinq articles ne relève aucune information sur la dimension éthique de l'étude, ce qui est un point faible. Cependant, dans la majorité de nos articles, les données ont été récoltées à partir d'études plus larges et d'ampleur nationale, ce qui peut laisser penser que les composantes éthiques ont été respectées, même s'il aurait été important que cela soit directement mentionné dans l'article.

## 7.6 Forces et limites du travail

### 7.6.1 Forces

La méthode employée a permis de sélectionner des articles récents et spécifiquement axés sur la question de recherche, s'inscrivant ainsi dans la lignée d'autres études explorant les liens entre la dépression post-partum et les modalités de congé. Les résultats obtenus sont cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature existante. Ce travail met en lumière les interactions complexes entre la dépression post-partum, le congé paternité, l'implication du co-parent, la durée du congé ou encore le fait qu'il soit rémunéré ou non. Ces différents éléments illustrent ainsi la nature multifactorielle des liens entre ces concepts.

Ce travail englobe une variété d'études, comprenant trois études longitudinales, une étude de cohorte et une étude transversale, ce qui enrichit la diversité des approches utilisées pour aborder la question étudiée. De plus, les résultats sont basés sur une série d'études provenant de différentes sources, ce qui renforce la crédibilité des conclusions.

En outre, en raison de la grande diversité géographique des études incluses, il est envisageable d'agrèger ces résultats sans restreindre leur applicabilité à une seule population, ce qui les rend plus généralisables à la population dans son ensemble. Par ailleurs, l'analyse reconnaît les différences dans les outils de mesure utilisés par les différentes études, ce qui souligne la nécessité de considérer ces nuances dans l'interprétation des résultats.

Pour finir, notre analyse tient compte des facteurs tels que les inégalités sociales dans l'interprétation des résultats, ce qui enrichit l'analyse en tenant compte du contexte plus large.

### 7.6.2 Limites

Premièrement, bien que la variété des études soit une force, elle peut également entraîner une hétérogénéité dans les méthodes et les résultats, ce qui complique parfois la comparaison directe et la généralisation des conclusions.

De plus, ce travail analyse seulement cinq articles scientifiques, ce qui rend difficile toute généralisation des conclusions. En outre, un des articles date de plus de cinq ans, ce qui soulève des interrogations quant à l'application de ces résultats dans le contexte actuel.

Deuxièmement, les résultats des différents articles proviennent de divers pays (France, États-Unis, Australie), ce qui soulève des questions quant à leur applicabilité au contexte suisse.

Chaque pays ayant son propre système de santé (aide à domicile, réseau de sage-femme indépendante, moyen de garde d'enfant, ...), il est également difficile d'appliquer les résultats des études tel quel au contexte suisse.

En outre, une diversité d'outils de mesure a été utilisée dans les articles analysés pour évaluer la dépression post-partum maternelle, ce qui pourrait influencer les résultats présentés dans notre travail. Néanmoins, tous les outils de mesure utilisés sont des outils validés pour le dépistage ou le diagnostic de la dépression post-partum.<sup>5</sup>

Par ailleurs, certaines études citées ont des tailles d'échantillon relativement petites, ce qui peut limiter la puissance statistique et la fiabilité des conclusions.

Enfin, notre travail présente une limite en se concentrant exclusivement sur la dépression post-partum, sans prendre en compte la dépression périnatale qui peut aussi se déclarer avant la naissance. Ces omissions pourraient réduire la pertinence de nos conclusions. De même, le burn-out parental, un diagnostic distinct, pourrait avoir des répercussions importantes sur la famille dans cette période.

---

<sup>5</sup> Paragraphe élaboré à l'aide de l'intelligence artificielle ChatGPT OpenAI

## 8 Retour dans la pratique

Au travers des résultats présentés, ce travail met en lumière plusieurs aspects importants de la prise en charge des familles touchées par la dépression du post-partum, notamment l'importance d'un congé maternité de plus de 12 semaines, un congé de l'autre parent qui permettrait, entre autres, de renforcer l'implication de ce dernier au quotidien et la mise en place d'un congé payé pour toutes les jeunes mères.

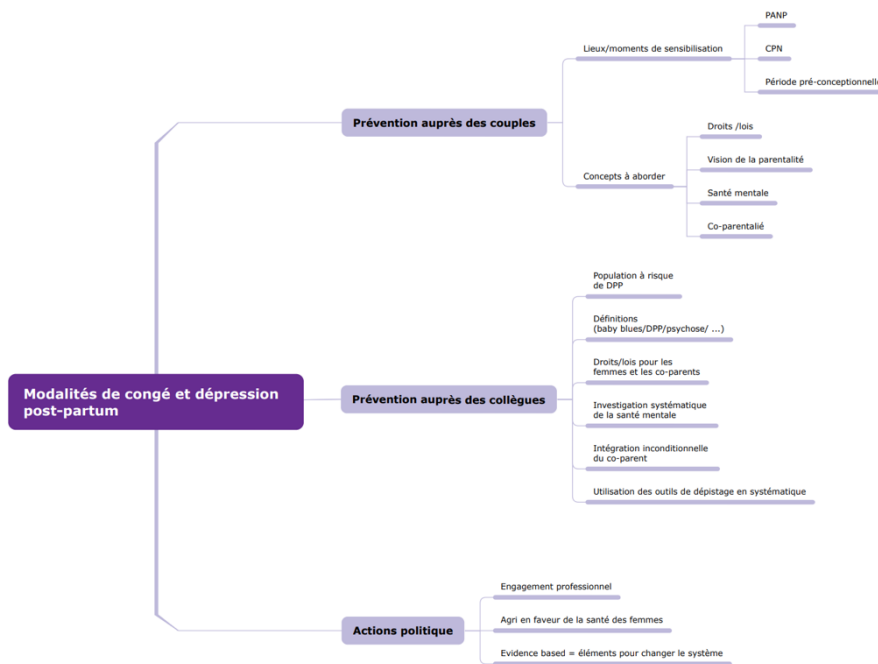
Ainsi au vu des résultats, nous pouvons appréhender l'importance d'agir en amont sur la dépression post-partum et sur la sensibilisation des bénéficiaires d'un congé postnatal.

D'après Seimyr et al. (2004) les sage-femmes peuvent sensibiliser les futurs parents aux bienfaits du soutien social, en particulier celui provenant du partenaire. Selon eux, les hommes peuvent être encouragés à prendre un congé parental, ce qui pourrait améliorer la satisfaction tant maternelle que paternelle. Les sage-femmes pourraient jouer un rôle dans la prévention de certaines dépressions post-partum en proposant des interventions courtes qui s'intègrent aux services de soins prénatals existants, ainsi qu'aux cours pour futurs parents et aux groupes de soutien après l'accouchement (Seimyr et al., 2004).

Pour tenter de remettre les résultats des études citées dans ce travail dans le contexte professionnel de notre pratique, nous examinerons leur adéquation avec la situation actuelle en Suisse. Nous avons décidé d'axer nos propositions d'intervention surtout sur la prévention de la dépression post-partum en lien avec les modalités de congé postnatal, en mettant en évidence l'importance de l'implication du co-parent dans le processus de la parentalité, mais également sur l'importance de la préparation à la naissance et la prévention auprès des différents professionnels de santé présents dans la période périnatale.

Nous avons décidé de regrouper nos idées d'actions dans le schéma ci-après. Nous les avons répartis en trois différentes catégories qui sont les suivantes : la prévention auprès des couples, auprès de nos collègues sage-femmes et les actions politiques à envisager. Nous allons détailler chaque aspect de ce schéma afin d'avoir une vision approfondie de ce qui pourrait être concrètement réalisé en Suisse.

Figure 2: Mindmap prévention de la dépression post-partum



## 8.1 Prévention auprès des couples

### 8.1.1 Dans la période pré-conceptionnelle

Tout d’abord, selon nous, il serait pertinent d’effectuer de la prévention primaire concernant l’influence du congé postnatal sur la dépression du post-partum dans la population générale et plus particulièrement chez les personnes ayant le projet de devenir parent. Afin de permettre aux couples de se rendre compte qu’il est important de s’épauler mutuellement durant la période postnatale et de mettre un point d’attention sur l’implication du co-parent durant cette période, il serait intéressant de donner des informations afin de promouvoir le concept de coparentalité qui se définit comme le soutien que les deux parents s’accordent mutuellement dans leur rôle auprès de leurs enfants (Ammon-Chansel, 2022). En effet, ce concept nous paraît être un élément essentiel afin d’appréhender la question du soutien social reçu par la jeune mère.

Encore aujourd’hui, en Suisse, les schémas traditionnels perdurent et le co-parent est souvent moins présent que la mère auprès de ses enfants. Cela est dû notamment au fait que, bien souvent, on attend des co-parents, qui sont majoritairement des hommes, qu’ils travaillent à temps plein ou à un haut pourcentage, ce qui ne leur permet pas de s’investir pleinement auprès de leurs enfants et de leur conjointe. Ces représentations demeurent difficiles à casser. L’introduction de deux semaines de congé paternité tend à faire évoluer les mentalités.

Il serait donc important de rendre attentif le co-parent à l'importance de son soutien auprès de la mère afin qu'il puisse mieux en comprendre les effets bénéfiques sur sa santé mentale. De plus, il nous semble crucial d'accorder plus d'importance au rôle du co-parent au sein de la famille.

Nous sommes tout à fait conscientes qu'il s'agit là d'un changement sociétal sur lequel nous n'avons pas le plein pouvoir et qui prendra du temps. En revanche, là où nous pouvons agir en tant que sage-femme est sur le fait d'encourager les co-parents à prendre leur place et à s'impliquer auprès de la mère en leur expliquant en quoi cela sera bénéfique pour elle. Cela passe notamment par les encourager à prendre un congé postnatal lorsque cela est possible et à connaître leurs droits à ce sujet.

Le fait de promouvoir la coparentalité et d'expliquer l'importance de la place du co-parent pour le bien-être familial pourrait être mis en place avec des campagnes de prévention dans l'espace publique par exemple afin de toucher le plus de personnes possible.

Des campagnes de prévention pourraient également être mises en place afin de lever le tabou sur la dépression post-partum car cela permettrait peut-être aux femmes d'être conscientes de l'ampleur de cette problématique, d'en parler plus facilement ainsi que d'en reconnaître les signes avant-coureurs afin d'être prise en charge précocement. Cela permettrait à la population générale d'y être sensibilisée. De plus, l'entourage des jeunes parents pourrait être plus attentif et soutenant avec eux dans la période du post-partum.

Dans le secteur professionnel il serait également intéressant de faire de la prévention. Au sein des entreprises, on pourrait sensibiliser les patronnes et patrons et leur faire part des bénéfices d'un congé postnatal pour leurs employé·es. Cela permettrait de prévenir d'éventuels symptômes dépressifs, avec le risque d'un arrêt de travail prolongé.

### 8.1.2 Lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Le concept de coparentalité serait également un sujet à aborder davantage avec les futurs parents lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP).

Comme nous l'avons mentionné dans ce travail, l'implication du co-parent semble jouer un rôle essentiel dans le vécu psychique de la nouvelle mère durant la période du post-partum. Selon certains des résultats des études sélectionnées pour ce travail, le fait d'avoir accès à un congé postnatal pour le co-parent serait lié à son implication auprès de l'enfant et de la mère. C'est pour cela que nous pensons qu'il serait important d'axer davantage les cours de PANP sur la place et le rôle du co-parent durant la période périnatale. Donner plus d'informations sur l'importance de leur présence et de leur implication permettrait aux futurs co-parents d'être davantage investis auprès de leur famille après la naissance.

Il s'agirait par exemple de dédier une séance complète des cours de PANP au co-parent afin de lui laisser de la place, un espace de parole et de mieux le considérer dans son rôle de futur parent.

Plusieurs projets ont été mis en place ces dernières années pour donner plus de place aux futurs pères. L'association « Männer.ch », faîtière des organisations Suisse d'hommes et de pères, organise des soirées de rencontre pour les futurs pères un peu partout en Suisse. Ils mettent également en place différents événements comme des ateliers papa-enfant ou des conférences dans le cadre du programme « MenCare » pour la promotion de l'engagement des pères et de la participation des hommes au domaine des soins en général.

A Genève, des cours de préparation à la naissance et à la parentalité spécialement conçus pour les futurs pères existent à la maternité des HUG. Ils sont organisés avec le soutien conjoint du service d'obstétrique de la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), de la Fondation pour la Recherche en Périnatalité (FReP) et du Département de la sécurité, de la population et de la santé (DSPS) du canton de Genève. Ces rencontres gratuites sont animées par deux hommes sage-femme de la maternité. Durant l'année 2023, 13 séances spéciales « futurs papas » ont eu lieu et 135 hommes y ont participé. En sachant que ces dernières années il y a eu environ 4000 naissances aux HUG, c'est une petite minorité de futurs pères qui participent à ces cours. Il serait donc pertinent de les inciter davantage à y participer ainsi que d'en organiser un plus grand nombre.

Plusieurs autres maternités en Suisse romande proposent ce type de cours notamment dans les cantons de Vaud et Fribourg. Cependant, ils ne sont pas encore proposés dans toutes les institutions. Nous pensons qu'il serait intéressant d'étendre cette offre et que les maternités qui proposent des cours de PANP dits « classiques » offrent aussi systématiquement la possibilité aux futurs pères de se retrouver entre eux dans un espace plus propice aux échanges avec plus de temps à leur consacrer. Afin d'être plus inclusifs, il serait pertinent de renommer ces cours en parlant plutôt de co-parent que de père. En effets, dans les couples homosexuels, la personne qui ne porte pas l'enfant devrait également avoir accès à un espace de parole et recevoir le même soutien qu'un partenaire de couple hétérosexuel dans la période périnatale.

De manière générale, les cours de PANP sont principalement axés sur l'accouchement car c'est le sujet qui suscite le plus de craintes, d'interrogations et de peurs chez les futurs parents. Il serait utile de mettre davantage l'accent sur l'après accouchement, le retour à domicile et les premiers mois post-partum car on sait que la période la plus à risque de développer une dépression post-partum s'étend jusqu'à 6 mois après la naissance.

Une autre thématique importante à aborder lors des cours de PANP est la loi concernant les droits du travail lors de la période périnatale que ce soit chez la mère ou chez le co-parent.

Cela fait pleinement partie de notre rôle de promotrice de la santé et il est important que les futurs parents puissent connaître leurs droits afin de faire un choix éclairé et de pouvoir questionner leur employeur si ceux-ci ne sont pas totalement respectés.

Par exemple, le congé paternité en Suisse, qui est relativement récent, devrait être encouragé davantage et ses bienfaits devraient être mieux connus des futurs pères pour qu'il devienne systématique de le prendre, quel que soit sa situation professionnelle. Dans cette même thématique, le congé maternel devrait aussi être davantage préparé lors des cours de PANP. En effet, il pourrait être intéressant de planifier ce congé selon les besoins et les envies du couple, de discuter avec eux de la mobilisation de leurs ressources internes et externes afin de vivre au mieux la transition vers la parentalité, qui peut s'avérer être une étape bouleversante de leur vie. Il serait aussi utile de parler plus en détail du retour au travail, des droits concernant l'allaitement au travail et des différentes possibilités d'éventuels allongements du congé maternité selon les employeurs.

### 8.1.3 Lors des consultations prénatales

Les consultations prénatales nous semblent être un environnement propice à la réalisation de prévention et de sensibilisation à la dépression post-partum et aux droits du travail. Le principal avantage est que la plupart des femmes y assistent car, en Suisse, sept consultations de grossesses sont remboursées par la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMAL). Lors de ces consultations, la priorité est mise sur les examens cliniques et paracliniques pour la femme enceinte et le fœtus. Nous pensons qu'il serait important d'aborder le sujet de la santé mentale et notamment de la dépression post-partum systématiquement lors de ces consultations ainsi que de la mettre en lien avec le congé postnatal en se basant sur des études et en donnant des chiffres.

Des idées d'actions concrètes tel que le dépistage systématique de la dépression en anténatal ainsi que la réalisation d'une consultation spécifique à la santé mentale sont développées dans le chapitre suivant.

## 8.2 Prévention auprès des collègues

À la suite d'une sensibilisation approfondie et d'une prévention efficace auprès des couples, il paraît important de permettre aux professionnels de la santé périnatale d'avoir plus d'outils pour prévenir, dépister et orienter la femme et le couple en cas de dépression post-partum. De plus, il semble essentiel de leur rappeler les lois et droits de chacun en matière de congé post-natal ainsi que son influence sur la dépression post-partum maternelle.



Afin de ne pas cibler qu'une seule profession en lien avec la périnatalité, nous parlerons dans ce chapitre de "professionnel de la santé". Cependant, la majorité de nos actions s'adresse à des sage-femmes ou des médecins gynécologues. Néanmoins, le suivi d'une femme enceinte ou ayant accouché, d'autant plus en cas de dépression, est pluridisciplinaire et il était important pour nous que toute personne en lien avec la périnatalité se sente concernée par nos recommandations.

Avant d'aller dans les détails de ces actions, nous souhaitons résumer ce qui est actuellement en place pour les professionnels de santé. Il existe une formation en ligne intitulée «Les essentiels de la santé mentale périnatale : comprendre la dépression périnatale» proposée par l'association Dépression Postpartal Suisse. De plus, les sage-femmes formées aujourd'hui ont différents cours durant leur cursus sur la dépression post-partum (signes, facteurs de risque, dépistage, etc) et sur les modalités de congé en Suisse (lois). Il existe aussi diverses brochures dans les services de la maternité à disposition des professionnels. Cependant, ces brochures sont majoritairement à l'attention des patientes et des patients.

Premièrement, il est important que chaque professionnel puisse connaître les populations à risque de dépression post-partum afin de leur porter une attention toute particulière lors de leur prise en charge. Il est en effet important qu'ils puissent reconnaître les facteurs de risque associés à la santé mentale maternelle et paternelle, afin d'être mieux équipé pour accompagner les femmes enceintes ou ayant accouché et les co-parents.

De plus, une attention particulière doit être portée sur la distinction entre le baby blues et la dépression post-partum, avec une sensibilisation accrue sur les symptômes associés à chaque état, afin que les professionnels puissent reconnaître rapidement et énoncer tout écart à la norme.

En outre, il serait intéressant d'inclure une sensibilisation sur les lois et les droits des femmes et des hommes concernant le congé maternité et paternité, afin de garantir un soutien adéquat au couple quant à leur décision de prendre ou non un congé. Il est également important que chaque professionnel soit informé des bienfaits d'un congé maternité et de l'importance du soutien du co-parent.

Pour faciliter l'accès à ces informations, nous avons décidé de créer un flyer récapitulatif (annexe 2) à l'attention des professionnels de santé. Il est important pour nous de pouvoir toucher un maximum de professionnels sans ajouter une contrainte pour eux (formation, temps en dehors des heures de travail, déplacement, etc.). Nous avons donc imaginé un flyer, disponible pour tous et en tout temps, qui résume les points principaux cités ci-dessus. C'est une première version et il nous semble essentiel de finaliser celle-ci à l'aide de professionnels sur le terrain afin de répondre à leurs besoins.

Nous pensions distribuer ce flyer à grande échelle afin que chaque professionnel (y compris les sage-femmes indépendantes) puisse en avoir une copie. De plus, il serait intéressant d'en avoir dans chaque salle de consultation et dans les bureaux au post-partum afin que chaque professionnel puisse y avoir facilement accès.

Deuxièmement, nous pensons qu'il est indispensable d'intégrer une investigation systématique sur la santé mentale des femmes et des co-parents, au même titre que d'autres aspects médicaux tels que les manœuvres de Léopold ou la tension artérielle, lors des consultations pré-conceptionnelles, prénatales et post-partum (sage-femmes indépendantes). Il nous semblerait pertinent d'ajouter une section "santé mentale" dans le DPI des consultations prénatales afin de pouvoir investiguer cet aspect de manière systématique chez toutes les femmes et leur conjoint·e.

De même, il pourrait être intéressant d'y ajouter également une section "congé post-natal" afin d'aborder le sujet avec eux dès le début de la grossesse. Ceci permettrait au couple d'avoir le temps de prendre une décision libre et éclairée à la lumière des informations apportées par les professionnels de santé, basées entre autres sur le flyer que nous avons créé.

De plus, nous pensons qu'il peut être pertinent de proposer l'EPDS à toutes les femmes lors des consultations prénatales. Il pourrait être facile de l'intégrer lors des consultations d'ouverture de dossier (environ à 35-37 SA). Ce questionnaire peut également être intégré à la cinquième consultation (entre 34 et 36 SA) chez les femmes suivies aux HUG. En effet, ce dépistage précoce permet de mettre en avant les femmes particulièrement à risque de faire une dépression post-partum. Ceci permettrait donc à l'équipe d'accentuer la prévention et la prise en charge de ces mamans durant leur séjour. En outre, ceci permettrait de faire des transmissions ciblées à la sage-femme à domicile afin qu'elle soit d'autant plus attentive. Il pourrait être intéressant que les sage-femmes à domicile proposent ce questionnaire de manière systématique à quelques semaines post-partum.

Afin de faciliter l'utilisation de cet outil au pied du lit, nous l'avons également intégré au flyer à l'attention des professionnels.

Aux HUG, il existe certaines consultations spécialisées tel que le programme « Contrepoids » pour les femmes en situation de surpoids ou d'obésité ou encore la consultation de tabacologie pour les femmes souffrant d'addictions. Pourquoi ne pas mettre en place un programme ou des consultations spécialisées en santé mentale pour les femmes présentant des facteurs de risque ou développant des symptômes dépressifs pendant la grossesse ou après l'accouchement ? Cela permettrait de prévenir ou de détecter la dépression post-partum le plus tôt possible et de fournir aux mères des outils pour mieux vivre cette période bouleversante qu'est l'arrivée d'un enfant. De plus, cela garantirait la présence de personnel spécialement formé sur les questions de santé mentale durant la période périnatale.

Troisièmement, l'intégration du co-parent est essentielle tout au long de la grossesse mais surtout durant le post-partum. Comme vu dans les chapitres précédents, une bonne implication des pères est essentielle pour prévenir la dépression post-partum maternelle. Cette implication doit être reconnue, revendiquée et soutenue par l'équipe soignante pour permettre une approche plus inclusive de la parentalité.

Afin de savoir comment mieux intégrer les co-parents dans nos prises en charge, nous avons imaginé quelques recommandations et astuces dans notre flyer.

En conclusion, après une sensibilisation approfondie et une prévention efficace auprès des couples, il nous semble impératif de fournir aux professionnels de la santé périnatale un arsenal d'outils plus robustes pour prévenir, dépister et orienter les femmes et les couples en cas de dépression post-partum. Il est essentiel de rappeler les lois et les droits de chacun en matière de congé post-natal, ainsi que leur influence sur la dépression post-partum maternelle. Nous avons également souligné l'importance de fournir un accès facilité aux informations pertinentes, notamment via un flyer récapitulatif et l'intégration d'outils de dépistage comme l'EPDS dans les consultations prénatales. Enfin, nous avons mis en avant l'importance de l'intégration des co-parents tout au long de la grossesse et du post-partum, en fournissant des recommandations spécifiques pour faciliter cette intégration dans notre pratique clinique.<sup>6</sup>

### 8.3 Actions politiques

Afin d'élargir notre champ de réflexion, nous avons également pensé à des actions qui pourraient être entreprises au-delà de notre rôle professionnel de sage-femme. En effet, les questions de modalités de congé postnatal sont intrinsèquement liées à notre système politique.

Pour agir à l'échelle politique en tant que sage-femme, nous pensons qu'il serait pertinent que davantage de recherches approfondies soient menées sur la relation entre les modalités de congé postnatal et la dépression post-partum. En effet, notre travail n'inclut que cinq articles différents et ne nous permet donc pas de tirer des conclusions hâtives. Le financement de ce type de recherche peut se révéler compliqué. Il pourrait être pertinent de collaborer avec la Fondation pour la Recherche en Périnatalité (FReP), qui soutient et encourage les projets de recherche scientifique dans le domaine périnatal.

Il serait également intéressant que davantage de sage-femmes s'engagent en politique au niveau cantonal ou même fédéral, afin de rapporter des faits concrets et provenant du terrain concernant la santé des femmes.

---

<sup>6</sup> Paragraphe élaboré à l'aide de l'intelligence artificielle ChatGPT OpenAI

Déposer des motions, des interventions ou des initiatives parlementaires est important pour faire bouger les lignes de notre système politique suisse.

Encore trop peu de professionnels de santé comptent parmi les élu·es à Berne. Au sujet de la dépression post-partum, il serait important de rapporter la nécessité d'accorder plus de soutien aux mères ainsi que l'importance de la mise en place de mesures concrètes visant à réduire l'incidence de cette pathologie tel qu'un allongement du congé maternité ou la mise en place d'un congé parental. Grâce à plus de recherches, les élu·es pourraient ainsi apporter des éléments « evidence based » sur le sujet.

Concernant les cours de PANP, actuellement en Suisse 150 francs sont remboursés par la LAMAL pour suivre ces séances. Cela ne nous semble pas suffisant pour être préparé comme il se doit à l'arrivée d'un enfant. Aux HUG par exemple, une séance de trois heures concernant uniquement la préparation à l'accouchement est proposée au prix de 150 francs. Cela signifie que les futurs parents qui souhaiteraient suivre une séance sur le post-partum pour aborder des sujets tels que le retour à domicile avec bébé, la santé mentale et la dépression post-partum ou les droits du travail doivent la financer par leurs propres moyens. Ceci creuse les inégalités car seuls les couples pouvant se permettre de payer des séances supplémentaires ont accès à des cours de préparation à la naissance complets. Ainsi, rembourser un montant plus conséquent pour la préparation à la naissance et à la parentalité permettrait à toute la population d'être correctement informée sur les conséquences que peut avoir le congé postnatal sur la dépression post-partum. Il est de notre rôle sage-femme de faire entendre notre voix afin que toutes les femmes et que tous les couples puissent avoir accès à un plus grand nombre de services et de soins concernant la parentalité. Cela nous semble être un levier d'action afin de prévenir l'apparition de symptômes dépressifs en post-partum, bien que nous n'ayons, en tant que sage-femme, qu'un très faible impacte au niveau politique.

En conclusion, pour aborder efficacement les enjeux liés aux modalités de congé postnatal, il est crucial d'explorer des actions au-delà de notre rôle de sage-femme. Cela pourrait inclure une recherche approfondie sur la relation entre congé postnatal et dépression post-partum, ainsi qu'un engagement politique pour promouvoir des mesures telles qu'un allongement du congé maternité. De plus, une révision des politiques de remboursement des cours de préparation à la naissance et à la parentalité pourrait s'avérer nécessaire pour garantir un accès équitable à l'information pour tous les futurs parents.

## 9 Conclusion

La dépression post-partum reste, aujourd'hui encore, trop méconnue au sein de la population et engendre des conséquences graves sur la santé des jeunes mères et l'ensemble de leur famille. La prévention et le dépistage de cette pathologie représente un défi majeur de santé publique pour les professionnels de la périnatalité. Le soutien social reçu par les mères, la fatigue maternelle après l'accouchement ainsi que le revenu du ménage, entre autres, semblent jouer un rôle majeur dans l'apparition de symptômes dépressifs après la naissance d'un enfant. En tenant compte de ces différents facteurs, il semblait intéressant d'explorer la piste des modalités de congé postnatal des nouveaux parents et leurs impacts sur la dépression post-partum.

Ce travail vise à mettre en lumière les effets des différentes modalités de congé postnatal sur l'incidence de la dépression post-partum chez les jeunes mères.

Trois axes différents ont été abordés pour tenter de répondre à notre question de recherche : la rémunération, la durée du congé postnatal ainsi que l'accès à un congé pour le co-parent. Cinq articles abordant ces trois thématiques spécifiques ont donc été sélectionnés.

Les résultats des articles retenus semblent démontrer qu'un congé postnatal rémunéré et plus long (supérieur à 12 semaines) pour les mères aurait des effets bénéfiques sur leur santé mentale et permettrait de réduire les risques de symptômes dépressifs. Concernant la présence du co-parent, il en est ressorti que les femmes dont le partenaire avait pris deux semaines de congé semblaient avoir une moins bonne santé mentale que celles dont le partenaire n'avait pas pris de congé. Par ailleurs, le manque d'implication paternelle s'avèrerait être un prédicteur significatif de l'intensité des symptômes dépressifs maternels. L'implication du co-parent semble être étroitement corrélée au fait de prendre un congé.

Bien que ce travail ne se base que sur une petite sélection d'articles et que ces résultats doivent être nuancés, certains facteurs de risques tel que la rémunération, l'allongement de la durée du congé ainsi que l'implication du co-parent ont été mis en lumière. Ces éléments peuvent être positivement influencés, ce qui pourrait contribuer à réduire l'incidence de la dépression post-partum grâce à des modifications appropriées.

Dans notre rôle sage-femme de promotrices de la santé, la prévention est un élément essentiel. C'est pourquoi il semble primordial d'effectuer un travail d'information en amont de la grossesse et de la naissance d'un enfant auprès des couples. Les cours de PANP et les consultations prénatales sont des moments clés où les sage-femmes pourraient aborder davantage de sujets tels que la santé mentale, les droits du travail et le concept de co-parentalité.

La formation des différents professionnels de santé qui prennent en soin les femmes dans la période périnatale pourrait également être une piste intéressante à envisager afin d'effectuer un dépistage efficace de la dépression post-partum.

Au niveau politique des changements seraient également pertinents afin que les cours de PANP soient plus complets et accessibles à tous, sans contraintes de temps ou d'argent.

## 10 Annexe

Annexes 1 : Tableau combinaison de mots-clés pour la recherche d'articles

Base de données	Association de mots-clés	Articles sélectionnés pour le TB
Medline via PubMed	<p>(post partum) AND (depression) AND (father leave OR paternal leave OR family leave) → 5'626 résultats</p> <p>ajout filtre moins de 5 ans → 1'617 résultats</p> <p>(paternity leave OR parental leave) AND (impact) AND (mother) → 38 résultats</p> <p>(postnatal leave) AND (depression) → 70 résultats</p> <p>(parental leave) AND (postpartum depression) AND (mental health) AND (paid leave) → 8 résultats</p> <p>(postpartum) AND (depression) AND (family leave) → 25 résultats</p> <p>(postpartum) AND (depression) AND (paternal leave) → 11 résultats</p>	<p>Trouvé dans les sources d'un des article (snowball): (Bilgrami et al., 2020)</p> <p>(Bilgrami et al., 2020)</p> <p>(Barry et al., 2023)</p> <p>(Barry et al., 2023)</p> <p>(Barry et al., 2023) Trouvés dans les sources d'un des article (snowball):</p> <p>(Mandal, 2018) et (Kornfeind &amp; Sipsma, 2018)</p> <p>(Barry et al., 2023)</p>
CINAHL	<p>(parental leave) AND (postpartum depression) → 28 résultats</p> <p>(paternity leave) AND (postpartum depression) → 3 résultats</p>	<p>(Kornfeind &amp; Sipsma, 2018)</p> <p>(Séjourné et al., 2012)</p>

Guide à l'attention des professionnels de santé

# DEPRESSION POST-PARTUM

*& bienfaits du congé maternité et paternité*

Définitions, symptômes, facteurs protecteurs, facteurs de risque, loi genevoise sur le congé maternité et paternité, intégration des pères

Réalisé par N.Constantin & K. Herzer  
Juillet 2024

## DÉFINITIONS

(HUG 2024)

	Baby blues	Dépression du post-partum	Psychose du post-partum
Type de trouble	Trouble léger, N'est pas considéré comme une maladie	Maladie d'intensité variable	Maladie grave
Particularités	Forte émotivité, Humeur labile, Ne dure pas plus de quelques jours	Symptômes dépressifs persistant plus de 2 semaines	Confusion, discours et comportements étranges, idées délirantes
Fréquence	> 50%	13%	0.1-0.3%
Moment du début	Entre le 2e et le 5e jour qui suivent l'accouchement	Variable dans l'année qui suit l'accouchement. Pic au cours des 3 premiers mois	Dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement
Durée	Courte : maximum 1 semaine	De quelques semaines à plusieurs années	Quelques semaines à quelques mois
Nécessité de soins	Non. Du repos et une attitude soutenante de l'entourage suffisent	Oui, sinon risque de chronicité, parfois rémission spontanée	Oui, de manière urgente. Risque de suicide ou d'infanticide. Hospitalisation

## SYMPTÔMES

Fatigue, irritabilité, anhédonie, instabilité émotionnelle, pleurs, troubles de l'appétit et du sommeil, idées suicidaires pouvant inclure l'enfant, etc.

→ persistance de ces symptômes durant au moins 2 semaines

### FACTEURS PROTECTEURS

- Dépistage précoce
- Prise en charge pluridisciplinaire
- Congé maternité long (min 12 semaines) et payé
- Soutien social
- Co-parent soutenant et présent (renforcé par un congé paternité)
- Bon sentiment d'efficacité parentale

### FACTEURS DE RISQUE

- Baby blues
- Diabète gestationnel
- Dépression pendant la grossesse
- Femmes qui donnent naissance à des garçons
- Antécédents de dépression ou dépression durant une précédente grossesse
- Anesthésie péridurale
- Violence
- Immigration
- Césarienne
- Carence en vitamine D, anémie
- Obésité ou surpoids
- Troubles du sommeil
- Manque de soutien social
- Acculturation
- PMA
- Malnutrition
- Grossesse non désirée
- Congé maternité court (<12 semaines) ou non payé
- Co-parent non soutenant

## LOI GENEVOISE SUR LE CONGÉ MATERNITÉ ET PATERNITÉ

- Congé maternité :
  - **16 semaines**
  - **Payé à 80%** de son salaire (parfois les 20% restants sont complétés par l'employeur)
  - **8** des 16 semaines sont **obligatoires**
- Congé paternité :
  - **2 semaines** (à prendre dans les 6 mois suivant la naissance en un bloc ou jour par jour)
  - **Payé à 80%** de son salaire

A Genève, un congé parental de 24 semaines a été voté en juin 2023. Le projet de loi prévoit 8 semaines de congé en faveur de l'autre parent, en plus des 16 semaines prévues pour le congé maternité déjà en place. De plus, il devrait permettre à l'un des parents d'offrir 2 semaines de son congé à l'autre. (Date d'entrée en vigueur inconnue)

### BIENFAITS D'UN CONGÉ POSTNATAL

- Congé maternité de min. 12 semaines = protecteur contre la dépression post-partum maternelle (pour les congés court (<12 semaines), chaque semaine supplémentaire réduit le risque de DPP de 42%)
- Congé payé = protecteur contre la dépression post-partum maternelle
- Congé paternité de 2 semaines :
  - Protecteur contre la dépression post-partum paternelle
  - Augmente la dépression post-partum maternelle à 2 mois PP MAIS les pères ayant pris un congé paternité évaluent leur implication dans les soins au bébé comme plus importante = protecteur contre la dépression post-partum maternelle



## INTÉGRATION DU PÈRE POUR SOUTENIR LA CRÉATION DE LA CO-PARENTALITÉ

« On définit la **co-parentalité** comme le **soutien que le père et la mère s'accordent mutuellement dans leur rôle de parent** »

(Leticia Ammon Chansel)

Facteurs qui conditionnent la mise en place d'une relation co-parentale:

- **Qualité** de la **relation** conjugale avant la naissance
- **Engagement** paternel qui découle de **l'envie de participer** à l'éducation de son enfant et de prendre part à ses responsabilités
- **Comportement des mères** qui peuvent contrarier les actions d'engagement paternel
- **Représentations sociales** des parents à propos de la répartition des tâches domestiques ou éducatives
- **Personnalité** des deux parents

“Afin qu'elle puisse s'installer de façon pérenne, il est nécessaire de **soutenir les couples** durant la période périnatale, d'**inclure les pères** dans les prises en charge des professionnels de la santé et d'**accorder de la flexibilité aux hommes comme aux femmes** dans les milieux professionnels”

(Leticia Amont Chansel)

## INTÉGRATION DU PÈRE POUR SOUTENIR LA CRÉATION DE LA CO-PARENTALITÉ

(Theunert, Markus & Crettenand, 2023)

**Comment donner une place plus visible aux pères/hommes au sein de votre institution?**

- Valoriser le père et ses compétences
- Traiter également père et mère
- Organiser des activités entre pères et pairs
- S'intéresser aux pères et à leurs besoins
- S'adresser au père, l'atteindre
- Communiquer avec lui et créer un lien avec lui

**Mieux impliquer les pères - recommandations**

- Se positionner vraiment en faveur d'une implication des pères
- Montrer aux pères qu'ils sont les bienvenus
- Etablir que l'implication des pères va de soi
- Développer un modèle de paternité contemporain
- Développer une pratique de conseil adaptée aux pères
- Tenir compte de la diversité des pères

“La **participation du père dès le début** de la grossesse a un **effet positif sur le bien-être materno-fœtal, néonatal et familial**”

(Theunert, Markus & Crettenand, 2023)

### EPDS Edinburgh Postpartum Depression Scale

Entre 0 et 3 points par question,  
score minimal 0pts /score maximal 30pts

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER :

**1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté aussi souvent que d'habitude**

- Aussi souvent que d'habitude (0)
- Pas tout à fait autant (1)
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci (2)
- Absolument pas (3)

**2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir autant que d'habitude**

- Autant que d'habitude (0)
- Plutôt moins que d'habitude (1)
- Vraiment moins que d'habitude (2)
- Pratiquement pas (3)

**3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal**

- Oui, la plupart du temps (3)
- Oui, parfois (2)
- Pas très souvent (1)
- Non, jamais (0)

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif**

- Non, pas du tout (0)
- Presque jamais (1)
- Oui, parfois (2)
- Oui, très souvent (3)

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison**

- Oui, vraiment souvent (3)
- Oui, parfois (2)
- Non, pas très souvent (1)
- Non, pas du tout (0)

### EPDS Edinburgh Postpartum Depression Scale (suite du questionnaire)

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER :

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements**

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable (3)
- Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable (2)
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations (1)
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude (0)

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**

- Oui, la plupart du temps (3)
- Oui, parfois (2)
- Pas très souvent (1)
- Non, pas du tout (0)

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse**

- Oui, la plupart du temps (3)
- Oui, très souvent (2)
- Pas très souvent (1)
- Non, pas du tout (0)

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**

- Oui, la plupart du temps (3)
- Oui, très souvent (2)
- Seulement de temps en temps (1)
- Non, jamais (0)

**10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal**

- Oui, très souvent (3)
- Parfois (2)
- Presque jamais (1)
- Jamais (0)

Un **score de 11 ou plus révèle une dépression possible**. Une confirmation clinique est nécessaire pour poser un diagnostic. (36 à 47% des femmes obtenant ce score n'ont pas de diagnostic de dépression confirmé)

(HUG, 2024)

## Références bibliographiques

- Alba, B. M. (2021). CE : Postpartum Depression: A Nurse's Guide. *AJN The American Journal of Nursing*, 121(7), 32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000756516.95992.8e>
- Almqvist, A.-L., & Duvander, A.-Z. (2014). Changes in gender equality? Swedish fathers' parental leave, division of childcare and housework1. *Journal of Family Studies*, 20, 19-27. <https://doi.org/10.5172/jfs.2014.20.1.19>
- Ammon-Chansel, L. (2022, juillet 23). La co-parentalité au cœur de la famille. Transiter vers la parentalité. <https://blogs.letemps.ch/laetitia-ammon-chansel/2022/07/23/la-co-parentalite-au-coeur-de-la-famille/>
- Arnold, M., & Kalibatseva, Z. (2021). Are “Superwomen” without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women & Health*, 61(2), 148-159. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Association Maman Blues. (2021). Dépression post-partum : Comprendre pour mieux vivre. <https://www.maman-blues.fr/>. <https://www.maman-blues.fr/depression-post-partum-maternelle/>
- Barry, K. M., Gomajee, R., Benarous, X., Dufourg, M.-N., Courtin, E., & Melchior, M. (2023). Paternity leave uptake and parental post-partum depression : Findings from the ELFE cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(1), e15-e27. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00288-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00288-2)
- Baxter, J., & Budinski, M. (2023). Parental Leave Pay and Dad and Partner Pay : Patterns of use.
- Bilgrami, A., Sinha, K., & Cutler, H. (2020). The impact of introducing a national scheme for paid parental leave on maternal mental health outcomes. *Health Economics*, 29(12), 1657-1681. <https://doi.org/10.1002/hec.4164>
- Bliss Stories. (s. d.). ÉPISODE 22- ELODIE, UNE DÉPRESSION POST-PARTUM [Podcast]. Consulté 26 mai 2023, à l'adresse <https://bliss-stories.fr/2019/01/30/elodie-une-depression-post-partum/>
- Blum, S. (2023). 19th International Review of Leave Policies and Related Research 2023. <https://doi.org/10.25365>
- Broadway, B., Kalb, G., Kuehne, D., & Maeder, M. (2015). The Effect of Paid Parental Leave on Child Health in Australia.
- Buche, C. (2021). ETUDE COMPARATIVE DES CONGES DE MATERNITE, DE PATERNITE ET DU CONGE PARENTAL. [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_D0D281F1B7A0.P001/REF.pdf](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_D0D281F1B7A0.P001/REF.pdf)

Chatterji, P., & Markowitz, S. (2004). DOES THE LENGTH OF MATERNITY LEAVE AFFECT MATERNAL HEALTH?

Chatterji, P., & Markowitz, S. (2012). Family leave after childbirth and the mental health of new mothers. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15(2), 61-76.

Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H. N., Park, B., Suh, M., Rhee, Y., & Choi, K. S. (2022). Association between social support and postpartum depression. *Scientific Reports*, 12, 3128. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7>

COFF. (2018). Congé parental : Un bon investissement. Arguments et recommandations élaborés sur la base d'études récentes. [https://ekff.admin.ch/fileadmin/user\\_upload/ekff/05dokumentation/Elternzeit/Argumentarium\\_Elternzeit\\_F.pdf](https://ekff.admin.ch/fileadmin/user_upload/ekff/05dokumentation/Elternzeit/Argumentarium_Elternzeit_F.pdf)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Marpeau, L., Senat, M.-V., & Sentilhes, L. (2018). *Les troubles psychiques du post-partum* (1re éd.). Elsevier Masson.

Confédération suisse. (s. d.). Congé de maternité, de paternité ou d'adoption. Consulté 20 septembre 2023, à l'adresse <https://www.ch.ch/fr/famille-et-partenariat/maternite-et-paternite/conge-maternite-et-conge-paternite/>

Dagher, R. K., McGovern, P. M., & Dowd, B. E. (2014). Maternity leave duration and postpartum mental and physical health : Implications for leave policies. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39(2), 369-416. <https://doi.org/10.1215/03616878-2416247>

Dauphin, S. (2012). FOCUS – LA POLITIQUE FAMILIALE AUSTRALIENNE : QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2012-3-page-112.htm>

Département de la cohésion sociale (DCS). (2023, juillet 24). Congé parental : Prochaines étapes en vue de la mise en œuvre. [ge.ch. https://www.ge.ch/node/32697](https://www.ge.ch/node/32697)

Dubey, A., Chatterjee, K., Chauhan, V. S., Sharma, R., Dangi, A., & Adhvaryu, A. (2021). Risk factors of postpartum depression. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(Suppl 1), S127-S131. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328803>

Étude longitudinale. (2023). In Wikipédia. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89tude\\_longitudinale&oldid=210363716](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89tude_longitudinale&oldid=210363716)

Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C. U., Barbui, C., & Schoretsanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms : Umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational

- studies. *The British Journal of Psychiatry*, 221(4), 591-602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13(2), 83-89. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Hewitt, B., Strazdins, L., & Martin, B. (2017). The benefits of paid maternity leave for mothers' post-partum health and wellbeing: Evidence from an Australian evaluation. *Social Science & Medicine* (1982), 182, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.022>
- Hidalgo-Padilla, L., Toyama, M., Zafra-Tanaka, J. H., Vives, A., & Diez-Canseco, F. (2023). Association between maternity leave policies and postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 26(5), 571-580. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01350-z>
- Howard, K., Maples, J. M., & Tinius, R. A. (2022). Modifiable Maternal Factors and Their Relationship to Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12393. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912393>
- Huerta, M. C., Adema, W., Baxter, J., Han, W.-J., Lausten, M., Lee, R., & Waldfogel, J. (2014). Fathers' Leave and Fathers' Involvement: Evidence from Four OECD Countries. *European journal of social security*, 16(4), 308-346. <https://doi.org/10.1177/138826271401600403>
- Hyde, J. S., Klein, M. H., Essex, M. J., & Clark, R. (1995). Maternity Leave And Women's Mental Health. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 257-285. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00291.x>
- Institut de recherche et de documentation pédagogique (IRDp). (2016). Coefficient alpha de Cronbach: IRDP:: Institut de recherche et de documentation pédagogique. <https://www.irdp.ch/institut/coefficient-alpha-cronbach-2030.html>
- Kornfeind, K. R., & Sipsma, H. L. (2018). Exploring the Link between Maternity Leave and Postpartum Depression. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 28(4), 321-326. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.008>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Künzi, R. (2005, juin 30). Le congé maternité, 60 ans après (B. Baumann, Trad.). SWI swissinfo.ch. <https://www.swissinfo.ch/fre/le-cong%C3%A9-maternit%C3%A9--60-ans-apr%C3%A8s/4591924>

- Le Parlement suisse. (s. d.). L'histoire (presque) sans fin de l'assurance-maternité. Consulté 20 septembre 2023, à l'adresse <https://www.parlament.ch/fr/%C3%BCber-das-parlament/femmes-politiques/portraits/histoire-assurance-maternite>
- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Lupattelli, A., Twigg, M. J., Zagorodnikova, K., Moretti, M. E., Drozd, M., Panchaud, A., Rieutord, A., Juraski, R. G., Odalovic, M., Kennedy, D., Rudolf, G., Juch, H., & Nordeng, H. (2018). Self-reported perinatal depressive symptoms and postnatal symptom severity after treatment with antidepressants in pregnancy: A cross-sectional study across 12 European countries using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Clinical Epidemiology*, 10, 655-669. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S156210>
- Mandal, B. (2018). The Effect of Paid Leave on Maternal Mental Health. *Maternal and Child Health Journal*, 22(10), 1470-1476. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2542-x>
- Méthode PICO. (2021). In Wikipédia. [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9thode\\_PICO&oldid=187110089](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9thode_PICO&oldid=187110089)
- OCAS. (s. d.-a). Allocation de maternité. Consulté 21 septembre 2023, à l'adresse <https://www.ocas.ch/apg/amat>
- OCAS. (s. d.-b). Allocation de paternité. Consulté 21 septembre 2023, à l'adresse <https://www.ocas.ch/apg/apat>
- OFAS. (2023). Congé de paternité. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/sozialversicherungen/eo-msv/grundlagen-und-gesetze/eo-vaterschaftsurlaub.html>
- OMS. (2022). L'OMS préconise de prodiguer des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés au cours des premières semaines décisives suivant l'accouchement. <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- Pao, C., Guintivano, J., Santos, H., & Meltzer-Brody, S. (2019). Postpartum Depression and Social Support in a Racially and Ethnically Diverse Population of Women. *Archives of women's mental health*, 22(1), 105-114. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0882-6>
- Petts, R. J. (2018). Time Off After Childbirth and Mothers' Risk of Depression, Parenting Stress, and Parenting Practices. *Journal of Family Issues*, 39(7), 1827-1854. <https://doi.org/10.1177/0192513X17728984>

- Philpott, L. F., & Corcoran, P. (2018). Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*, 56, 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.009>
- RTS. (s. d.). Dingue : « Dépression du post-partum, un trouble tabou et fréquent ». [Émission]. Consulté 1 juillet 2024, à l'adresse <https://www.rts.ch/audio-podcast/2023/audio/depression-du-post-partum-un-trouble-tabou-et-frequent-26118769.html>
- RTS. (2023a). Les Jeunes du Centre se mobilisent pour un congé parental national [infoSport]. rts.ch. <https://www.rts.ch/info/suisse/13950667-les-jeunes-du-centre-se-mobilisent-pour-un-conge-parental-national.html>
- RTS. (2023b, juin 19). Monika Maire-Hefti : « Un congé parental au niveau fédéral est absolument nécessaire ». rts.ch. <https://www.rts.ch/info/suisse/14112738-monika-mairehefti-un-conge-parental-au-niveau-federal-est-absolument-necessaire.html>
- Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W., & Sjögren, B. (2004). In the shadow of maternal depressed mood : Experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 23-34. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737414>
- Séjourné, N., Beaumé, M., Vaslot, V., & Chabrol, H. (2012). Effets du congé de paternité sur la dépression du post-partum maternelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40(6), 360-364. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.08.033>
- Shumbusho, D. I., Kucera, C. W., & Keyser, E. A. (2020). Maternity Leave Length Impact on Breastfeeding and Postpartum Depression. *Military Medicine*, 185(11-12), 1937-1940. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa137>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression : A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Spriggs, A. L., & Halpern, C. T. (2008). Sexual Debut Timing and Depressive Symptoms in Emerging Adulthood. *Journal of youth and adolescence*, 37(9), 1085-1096. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9303-x>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression : Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Tani, F., & Castagna, V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the*

International Society of Perinatal Obstetricians, 30(6), 689-692.  
<https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980>

Van Niel, M. S., Bhatia, R., Riano, N. S., de Faria, L., Catapano-Friedman, L., Ravven, S., Weissman, B., Nzodom, C., Alexander, A., Budde, K., & Mangurian, C. (2020). The Impact of Paid Maternity Leave on the Mental and Physical Health of Mothers and Children : A Review of the Literature and Policy Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(2), 113. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000246>

Waller, D. (2022, mai). Philosophie et éthique de la sage-femme.

Zheng, J., Gao, L., Li, H., & Zhao, Q. (2023). Postpartum depression and social support : A longitudinal study of the first six months as parents. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2652-2662. <https://doi.org/10.1111/jocn.16351>