

Dépression du post-partum

Synthèse

Un enjeu de santé publique et de justice sociale



**Votre santé
mérite
le meilleur**

Aperçu

Chaque année, en Belgique, il naît en moyenne 116 000 enfants. Pour les parents, cet heureux événement peut être synonyme de stress et d'anxiété. Les troubles mentaux liés à l'arrivée d'un enfant tels que la dépression du post-partum touchent de nombreux parents, en particulier les femmes. Pourtant, le sujet reste tabou et peu étudié.

À l'heure où la santé mentale est devenue un enjeu sanitaire majeur, Solidaris a mené l'enquête pour briser le tabou et faire évoluer les connaissances sur les difficultés du post-partum. La mutualité a étudié la consommation d'antidépresseurs de 298.022 parents d'un enfant de moins d'un an sur la période 2012-2019. Elle en a également interrogé pas moins de 2.589 à l'été 2023. Cette vaste recherche permet de poser les constats suivants :

1. La santé mentale des parents est un enjeu de santé publique :

L'initiation d'une consommation d'antidépresseurs est plus importante chez les parents de moins d'un an que dans la population générale. C'est particulièrement vrai pour les mères, dont le taux d'initiation d'une consommation d'antidépresseurs est de 4,7%, contre 2,9% pour le reste des femmes. On peut en déduire que l'état de santé mentale de parents d'un enfant de moins d'un an est dégradée par rapport à celle de la population générale. L'enquête par questionnaire va dans le même sens : 54% des mères wallonnes d'un enfant de moins d'un an, et 28% des pères d'un enfant de moins d'un an, présentent une haute probabilité de dépression.

2. C'est aussi un enjeu de justice sociale et de genre :

Les femmes sont particulièrement à risque de présenter une dégradation de leur santé mentale, a fortiori lorsqu'elles sont aidantes proches, qu'elles ont perdu leur emploi, qu'elles ont été victimes de violences ou ont fait l'expérience de difficultés avec le personnel soignant. Le fait de bénéficier de peu de soutien est également un facteur de risque pour les mères. Les parents jeunes ou dont l'enfant est en mauvaise santé sont également particulièrement exposés.

3. Il existe des leviers d'action :

- Soutenir les parents :
 - o **Extension du congé de maternité à 21 semaines** et alignement du congé de naissance sur le congé maternité, avec une protection prolongée contre le licenciement
 - o **Augmentation du nombre de places en crèche** et leur mise à disposition sans conditions
 - o **Renforcement et refinancement de l'aide à domicile** pour les parents
- Développer un trajet de soins en périnatalité qui :
 - o Met l'accent sur les **dimensions psychosociales du post-partum** et le respect du droit des patients
 - o Impose un **screening systématique** pour la dépression du post-partum
 - o Intègre la **santé mentale du co-parent**
- Renforcer la santé reproductive et l'accès aux soins en :
 - o Généralisant l'**EVRA** ; renforçant le financement des **Centres de Planning Familiaux** ; garantissant et pérennisant le **droit à l'IVG**.
 - o Améliorant l'accessibilité financière des **soins de première ligne** ; renforçant l'automatisation du **BIM** et en augmentant les seuils de revenu ; investissant massivement dans la **santé mentale**.
- Lutter contre les violences de genre via :
 - o L'élaboration d'un **loi-cadre** sur l'ensemble des violences basées sur le genre ; création d'un **fonds spécifique** pour les victimes ; la traduction du rapport du sénat sur les violences gynécologiques et obstétricales en textes de loi

Contexte

La santé mentale est un enjeu majeur de santé publique qui a des conséquences tant sur les individus qu'à l'échelle de la société. Pourtant, les investissements dont la santé mentale fait l'objet sont loin d'être suffisants. En Belgique, la tendance générale est à la dégradation de la santé mentale et du bien-être depuis de nombreuses années, et les nombreuses crises que nous traversons aggravent le phénomène (Sciensano 2023 ; European Commissions 2023).

Les femmes sont particulièrement exposées : elles sont plus nombreuses à souffrir de troubles anxieux et leur sentiment de bien-être est systématiquement inférieur à celui des hommes (Sciensano 2023 ; Solidaris 2023). Parmi les invalides en dépression ou en burnout, 68% sont des femmes (INAMI 2023). Ce sont les multiples inégalités de genre auxquelles sont exposées les femmes qui sont à l'origine de cette situation. En effet, les femmes sont davantage exposées à une multiplicité de facteurs de risque tels que la précarité socioéconomique, les violences conjugales, la charge mentale liée aux tâches domestiques, etc. Alors que la santé mentale s'annonce comme le mal du siècle, analyser les inégalités de genre en santé mentale et proposer des solutions sont des priorités de la mutualité Solidaris.

Objet et objectifs

La dépression du post-partum (DPP) est une problématique particulièrement pertinente pour l'étude des inégalités de genre en santé mentale. Le travail reproductif étant très largement assumé par les femmes, on y retrouve tous les mécanismes typiques des rapports genrés de domination : invisibilisation, disqualification de la parole, tabou, etc. (Weizman 2021). Nous faisons donc l'hypothèse que l'étude de la dépression du post-partum permet de mettre la lumière sur les inégalités sociales liées au genre.

De quoi parle-t-on exactement ? La période du post-partum est une période éprouvante qui peut donner lieu à divers troubles psychologiques, tels que le baby blues ou la dépression du post-partum. Alors que le premier renvoie à des "symptômes dépressifs transitoires" vraisemblablement liés à des changements hormonaux, on parle de dépression du post-partum dans le cas de symptômes dépressifs et anxieux persistants et invalidants dans la période du post-partum (Moldenhauer 2022 ; Rezaie-Keikhaie et al. 2020 ; UNICEF 2022).

Alors que la prévalence du baby blues est de l'ordre de 40%, celle de la dépression du post-partum est d'environ 10% à 15% (Rezaie-Keikhaie et al. 2020 ; Moldenhauer 2022). Il faut néanmoins souligner que l'identification de cette pathologie est malaisée pour plusieurs raisons. Notamment, la durée du post-partum n'est pas clairement définie, ce qui rend l'attribution de symptômes dépressifs à la situation particulière du post-partum difficile (Galer 2022). De plus, la dépression du post-partum n'est pas considérée comme une pathologie à part entière, pouvant faire l'objet d'un diagnostic spécifique. Elle entre dans la catégorie des "troubles dépressifs majeurs" et est simplement caractérisée par la période à laquelle elle survient : durant la grossesse ou dans les quatre premières semaines de l'accouchement (American Psychiatric Association 2013; Segre et Davis 2013). Pourtant, celle-ci peut prendre jusqu'à douze mois pour se manifester (Stewart et Vigod 2016).

Au vu de l'état insatisfaisant des connaissances, un premier objectif de cette recherche est d'évaluer la prévalence de la dépression du post-partum en Belgique à partir de données de première main.

En outre, la dépression du post-partum est une pathologie à laquelle les futurs parents sont peu sensibilisés (Galer 2022). Son émergence en tant que problème public est très récent (Weizman 2021). L'idéal régulateur de la maternité heureuse et sans accroc est fortement ancré dans les représentations et peut générer de la culpabilité face aux sentiments négatifs ressentis dans la période du post-partum (Idem). Aussi peut-on émettre l'hypothèse que le tabou qui a longtemps entouré la DPP rend les symptômes difficilement identifiables comme tels par les jeunes mères.

Un deuxième objectif de cette recherche consiste donc à visibiliser cette problématique et à faire reconnaître la dépression du post-partum comme un enjeu de santé publique et de justice sociale.

Les facteurs de risque de la dépression post-partum sont multiples : antécédents personnels et familiaux en matière de santé mentale, facteurs de stress important (difficultés financières, ruptures, tensions dans

l'entourage, etc.), situation obstétricale défavorable et antécédents obstétricaux (mort in utero, prématurité, malformations, etc.), grossesse non désirée, manque de soutien social, etc. (Moldenhauer 2022 ; Tebeka et al. 2012). On constate immédiatement que nombre de ces facteurs ont une origine sociale (statut socio-économique, isolement social, etc.). Comme le démontre l'évolution des politiques de santé publique vers un modèle axé sur les déterminants sociaux de la santé, aucune pathologie ne peut être réduite à un problème purement biomédical.

Aussi, le troisième objectif de cette recherche consiste à identifier des leviers d'action pour améliorer la prise en charge des patientes qui en sont atteintes et en diminuer la prévalence. Pour répondre à ce triple objectif, nous articulons deux dispositifs de recherche : une étude de la consommation d'antidépresseurs chez les néo-parents¹ et une enquête approfondie par questionnaire auprès de néo-parents.

Étude de la consommation d'antidépresseurs

En tant qu'organismes assureurs, les mutualités ont accès à la consommation des soins de santé qu'elles remboursent. L'analyse de cette consommation de soins permet d'approcher l'état de santé de populations données. L'initiation d'une consommation d'antidépresseurs constitue par exemple un indicateur de dégradation de la santé mentale. En prenant l'arrivée d'un enfant comme point de référence, on obtient un indicateur quant à l'impact de celle-ci sur la santé mentale des parents. Concrètement, pour les années 2012 à 2020, nous avons calculé un taux d'initiation aux antidépresseurs (TI) pour les néo-parents (n=298.022) et l'avons comparé à celui de la population générale. Les taux sont calculés comme suit² :

- TI néo-parents = nombre de néo-parents avec antidépresseur l'année suivant l'accouchement/population de néo-parents sans antidépresseur durant les 3 années précédant la grossesse.
- TI population générale = nombre d'affiliés avec antidépresseur l'année x/population d'affiliés sans antidépresseur durant les 4 années précédant l'année x.

	Femmes	Hommes
TI population générale	2,9%	2,1%
TI néo-parents	4,7%	2,7%

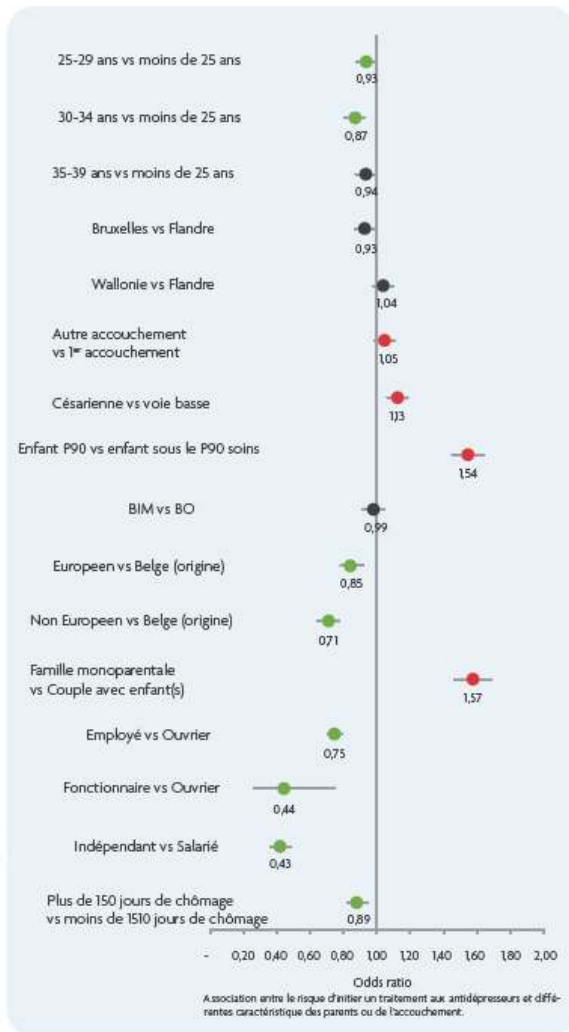
Taux d'initiation aux antidépresseurs : prévalence selon le genre (taux standardisés pour l'âge)

Les résultats montrent un TI plus élevé chez les néo-parents des deux genres que dans la population générale, avec une différence plus marquée chez les femmes.

La ventilation de ces taux selon différentes caractéristiques socio-démographiques et médicales ont permis d'isoler des facteurs de risque. Chez les néo-mères, la monoparentalité, la mauvaise santé du nouveau-né, le fait que celui-ci soit le fruit du premier accouchement, avoir moins de 25 ans et avoir accouché par césarienne sont des facteurs qui augmentent significativement le taux d'initiation d'une consommation d'antidépresseur après la grossesse. Chez les néo-pères, avoir moins de 25 ans est le facteur le plus significatif.

¹ Pour désigner les parents ayant eu un enfant au cours des douze derniers mois, nous employons le terme de néo-parents. Celui-ci permet d'éviter les possibles confusions liées à l'utilisation de termes courants, tels que "jeunes parents" ou "nouveaux parents". Le premier fait davantage référence à l'âge des parents. Le second laisse entendre que ceux-ci ont accueilli leur premier enfant. Or nous nous intéressons aux parents de tous âges ayant eu un enfant dans les douze derniers mois, qu'il soit ou non le premier.

² Pour plus de détails sur la méthodologie employée, voir le rapport complet : <https://www.institut-solidaris.be/>



Association entre la probabilité qu'une femme initie un traitement aux antidépresseurs dans l'année qui suit la naissance de l'enfant et différentes variables.

LÉGENDE :

- Valeur inférieure à 1.
La caractéristique diminue le risque.
- Valeur supérieure à 1.
La caractéristique augmente le risque.
- Valeur non significativement différente de 1.
Absence d'effet de la variable.

Si des liens peuvent être faits avec certains facteurs de risque identifiés dans la littérature pour la dépression du post-partum (stress, faible soutien social, situation obstétricale défavorable, etc.), l'interprétation de ces résultats est sujette à caution. Il importe en effet de noter que cette analyse porte sur la consommation d'antidépresseur. Si ces chiffres indiquent une santé mentale dégradée chez les néo-parents par rapport au reste de la population, influencée par divers facteurs de risque, ils ne permettent pas de parler de dépression du post-partum. D'abord parce que celle-ci n'est pas la seule pathologie pour laquelle sont prescrits des antidépresseurs (Agence InterMutualiste 2023). Ensuite parce que cette méthode est aveugle à une éventuelle sous-consommation de soins des néo-parents atteints de DPP, ainsi qu'aux cas traités avec des médicaments non-remboursés et d'autres formes de thérapies non-couvertes par l'assurance maladie (médecine alternative, coaching, etc.). L'enquête par questionnaire permet de répondre à ces limites.

Enquête par questionnaire

À l'été 2023, Solidaris a interrogé 2.589 parents ayant eu un enfant dans les 12 derniers mois. 2.265 mères et 311 pères ont ainsi complété un questionnaire auto-administré sur internet d'environ 15 minutes. La faible participation des bruxellois.se.s ne permet pas de produire des statistiques représentatives pour cette cohorte. En ce qui concerne les pères, si le nombre de répondants est suffisant pour obtenir des résultats globaux robustes, il ne permet pas d'analyser chaque variable individuellement. Aussi les conclusions présentées ici porteront-elles uniquement sur les néo-mères wallonnes et flamandes³.

Haute probabilité de dépression	Wallonie	Flandre	Total
Mères	54%	31%	47%
Pères	28%	9%	20%

Proportion de parents à haute probabilité de dépression

Le questionnaire est composé de cinq parties. Dans la première, les participantes répondent à une version allégée de l'échelle de dépression postnatale (EPDS-3), un outil de screening pour la dépression du post-partum (Kabir, Sheeder, et Kelly 2008). Ces questions nous permettent d'établir la proportion de répondantes à haute probabilité de dépression (HPD). Pour la Wallonie et la Flandre, les taux de néo-mères à haute probabilité de dépression s'élèvent respectivement à 54% et 31%. Cela signifie qu'une consultation médicale pour établir un diagnostic est indiquée pour au moins une mère wallonne sur deux, et une mère sur trois en Flandre. Chez les pères, le taux de HPD est de 28% en Wallonie et 9% en Flandre.

La suite du questionnaire porte sur les facteurs de risque associés à la DPP. La deuxième partie interroge les répondantes sur leur exposition à des facteurs de risque identifiés dans la littérature, comme le niveau socio-économique, les antécédents gynécologiques et obstétriques, l'exposition au stress, etc. Alors que l'EPDS-3 se focalise sur la santé mentale instantanée, la troisième partie s'intéresse à l'état mental des répondantes depuis l'accouchement : épisodes d'angoisse et de dépression, de pensées suicidaires, éventuels diagnostics psychiatriques, etc. La quatrième partie se concentre quant à elle sur la situation familiale, sociale et professionnelle des répondantes : situation conjugale, répartition des tâches entre partenaires, soutien de l'entourage, situation professionnelle, etc.

Le tableau ci-dessous reprend les facteurs de risque augmentant indépendamment et significativement le risque d'être en haute probabilité de dépression durant le post-partum⁴. Les deuxième et quatrième colonnes présentent respectivement la proportion de mères wallonnes et flamandes présentant chaque facteur de risque. Les troisième et cinquième colonnes présentent le taux de HPD parmi les mères wallonnes et flamandes présentant chaque facteur de risque. On constate que le fait d'avoir moins de 25 ans, d'être aidante proche, de perdre son emploi, d'être victime de violences et de faire l'expérience de difficultés avec le personnel soignant⁵ sont les facteurs augmentant le plus significativement la haute probabilité de dépression.

Facteur	% Wallonie	HPD	% Flandre	HPD
Moins de 25 ans	6%	67%	7%	39%
Aidante proche	16%	65%	8%	50%

³ Pour plus de détails sur la méthodologie employée, voir le rapport complet : <https://www.institut-solidaris.be/>

⁴ Afin de mettre en évidence les variables exerçant une influence significative sur la haute probabilité de dépression du post-partum, nous avons réalisé des analyses de régression logistique. Ce type d'analyse permet de mesurer l'effet de chaque variable en tenant compte de l'éventuel effet des autres variables incluses dans l'analyse

⁵ Le facteur de risque "Difficultés avec le personnel soignant" indique la proportion de répondantes pour qui au moins une des affirmations suivantes est vraie : - faire l'objet d'actes contraires à la volonté que vous avez exprimée ; - recevoir peu de soutien de la part de l'obstétricien, du gynécologue ou du personnel hospitalier ; - ne pas vous sentir entendue dans vos souhaits et vos besoins ; - ne pas pouvoir faire ce qui vous convenait le mieux, comme ne pas pouvoir pousser ou être obligée de vous allonger sur le dos alors qu'une position différente vous convenait mieux ; - ne recevoir aucune explication ou recevoir une explication inadéquate/incompréhensible de ce qui est fait avec vous ou votre bébé ; - ne pas être impliquée dans les décisions concernant votre corps, votre bébé ou votre accouchement.

Mauvaise santé du nouveau-né	11%	69%	9%	55%
Être confronté à une perte d'emploi	12%	69%	10%	43%
Difficultés avec le personnel soignant ⁶	51%	61%	39%	39%
Victime de violences familiales, conjugales ou sexuelles	35%	62%	24%	43%
Victime de harcèlement, de menaces ou d'intimidation	38%	63%	42%	38%
Trouver difficilement une solution d'accueil	49%	58%	35%	37%
Ne pas pouvoir parler librement de l'anxiété, de la dépression ou des idées noires	43%	67%	31%	54%

Facteurs de risque : prévalence et taux de HPD

Un autre facteur important est le manque de soutien perçu par la mère, notamment venant du ou de la partenaire et de la famille :

Peu de soutien :	% Wallonie	HPD	% Flandre	HPD
Du généraliste	18%	58%	16%	34%
Du pédiatre	18%	60%	21%	35%
Du gynécologue	23%	61%	22%	40%
De la sage-femme	15%	61%	13%	36%
Des infirmières	21%	60%	18%	44%
Des amis	26%	63%	21%	46%
De la famille (hors partenaire)	16%	66%	13%	58%
Du/de la partenaire	13%	69%	8%	44%
DE l'ONE/Kind en Gezin	21%	64%	21%	39%
De la mutualité	34%	58%	26%	41%
De l'employeur	49%	60%	35%	36%

Manque de soutien déclaré : prévalence et taux de HPD

Les mères déclarant un manque de soutien ne présentent une haute probabilité de dépression plus élevée que la moyenne : entre 58% et 69% contre une moyenne de 54% pour la Wallonie ; entre 34% et 58% contre 28% pour la Flandre. On remarque que le manque de soutien perçu de la part du personnel soignant et de l'entourage touche environ 15 à 20% des femmes belges. Pour les personnes morales que sont l'ONE/Kind en Gezin, les mutualités et les employeurs, cette proportion est plus élevée, notamment en raison du manque de soutien perçu de la part de l'employeur, qui concerne une mère sur deux en Wallonie et une sur trois en Flandre.

Enfin, la cinquième partie invite les néo-parents à se prononcer sur diverses recommandations. Les deux mesures les plus plébiscitées par l'ensemble des répondants (hommes et femmes) sont l'extension du congé de maternité à 21 semaines (71%) et l'alignement de la durée du congé de naissance sur celle du congé de maternité (56%)⁷.

⁶ Le facteur de risque « Difficultés avec le personnel soignant » indique la proportion de répondante pour qui au moins une des affirmations suivantes est vraie : - faire l'objet d'actes contraires à la volonté que vous avez exprimée ; - recevoir peu de soutien de la part de l'obstétricien, du gynécologue ou du personnel hospitalier ; - ne pas vous sentir entendue dans vos souhaits et vos besoins ; - ne pas pouvoir faire ce qui vous convenait le mieux, comme ne pas pouvoir pousser ou être obligée de vous allonger sur le dos alors qu'une position différente vous convenait mieux ; - ne recevoir aucune explication ou recevoir une explication inadéquate/incompréhensible de ce qui est fait avec vous ou votre bébé ; - ne pas être impliquée dans les décisions concernant votre corps, votre bébé ou votre accouchement.

⁷ Également appelé "congé de paternité" ou de "co-parentalité".

Conclusion

Au regard des trois objectifs du projet, l'articulation de deux dispositifs de recherche permet les avancées suivantes :

La santé mentale des parents est un enjeu de santé publique ...

Le taux d'initiation d'une consommation d'antidépresseurs est 62% plus élevé chez les néo-mères que dans la population générale de genre féminin, 29% en ce qui concerne les néo-pères et la population masculine. En Wallonie, la proportion de mères présentant une haute probabilité de dépression du post-partum est de 54%, en Flandre, 31%. Les pères sont 28% à présenter un HPD en Wallonie, et 9% en Flandre. Si ces chiffres n'expriment pas la prévalence exacte de la DPP au sein des populations étudiées (*cf. supra*), ils permettent de poser avec certitude le constat suivant : les troubles anxieux et dépressifs chez les néo-parents sont largement répandus, en particulier chez les mères. Cette forte prévalence de problèmes persistants dans la santé mentale des néo-parents contraste avec les représentations collectives de l'arrivée d'un enfant, traditionnellement qualifiée d'"heureux événement". Au vu des chiffres ci-dessus, considérant qu'on compte en moyenne 116 000 naissances annuelles⁸, il est évident que la santé mentale des néo-parents doit être un pilier des politiques de santé mentale à tous les niveaux de pouvoir.

... Mais aussi de justice sociale et de genre

Si les chiffres sont massifs, tout le monde n'est pas égal face aux troubles psychiques pendant le post-partum. Les femmes sont bien plus touchées que les hommes, les wallonnes que les flamandes, et on observe que les mères issues des groupes sociaux les plus défavorisés ont un taux de HPD plus élevé. Nos analyses montrent que les inégalités de genre en matière de santé mentale post-partum sont socialement déterminées. En effet, parmi les facteurs augmentant le plus significativement le taux d'initiation d'une consommation d'antidépresseurs et la haute probabilité de dépression, on trouve la monoparentalité, le fait d'être aidante proche, la difficulté à trouver une crèche et la perte d'un emploi, ainsi que le fait d'avoir subi du harcèlement, des violences conjugales et des mauvais traitements médicaux. Or, l'attribution des tâches de reproduction sociale aux femmes et les multiples formes de violences dont elles font l'objet n'ont rien de naturel : elles reposent sur un héritage culturel et des choix politiques (Badgett et Folbre 1999 ; Jewkes 2002). Cela signifie que la dépression du post-partum et sa dimension genrée ne sont pas des fatalités, mais peuvent être mitigées par des politiques de soutien aux parents.

Quant aux inégalités socioéconomiques, elles se déclinent sur plusieurs variables-clés. Les mères issues des groupes sociaux les plus défavorisés sont ainsi plus susceptibles d'être aidantes proches, d'avoir un enfant en mauvaise santé, de perdre leur emploi pendant ou après la grossesse, d'être victime de harcèlement et de violences familiales, conjugales et sexuelles. On le voit, les inégalités en matière de santé mentale pendant le post-partum sont intersectionnelles. Les politiques visant à lutter contre la dépression du post-partum doivent donc porter une attention particulière aux publics vulnérables.

Il existe des leviers d'actions

Pour répondre à cet enjeu de santé publique et de justice sociale, nous avançons des propositions concrètes.

1. Écouter et soutenir les parents

Notre enquête a permis de donner la parole directement à 2.589 néo-parents. Elle montre que ceux-ci s'estiment souvent peu écoutés, peu soutenus et en manque de temps. Il convient donc d'ouvrir ces recommandations par les deux mesures qu'ils ont le plus plébiscité :

⁸ Moyenne pour la période 2018-2022 (Statbel 2023).

Notre enquête a permis de donner la parole directement à 2589 néo-parents. Elle montre que ceux-ci s'estiment souvent peu écoutés, peu soutenus et en manque de temps. Il convient donc d'ouvrir ces recommandations par les deux mesures qu'ils ont le plus plébiscité :

- **l'extension du congé de maternité à 21 semaines**
- **l'alignement de la durée du congé de naissance** sur celle du congé de maternité.

En outre, l'enquête montre très clairement que les jeunes parents ont besoin de soutien : de la part des proches, mais également des professionnels de santé, des employeurs et des institutions comme l'ONE et les mutualités. Lorsque ce soutien fait défaut, la haute probabilité de dépression augmente significativement. Il en va de même pour la difficulté à trouver des solutions d'accueil, qui touche pas moins d'une mère wallonne sur deux.

Voilà pourquoi nous revendiquons :

- Une **augmentation du nombre de places en crèche** et leur mise à disposition **sans conditions**
- Une prolongation de la durée **de protection des mères contre le licenciement**
- Dans un contexte plus large de refinancement du secteur des soins et services à domicile, mettre l'accent sur les **des mesures de soutien à la parentalité** (sage-femmes à domicile, aides à domicile, etc.)
- Une réflexion sur le développement du dispositif des **Kraamzorg** en Wallonie et à Bruxelles

2. Développer un trajet de soins en périnatalité

Dans plusieurs rapports sur les soins pré- et postnataux, le KCE épingle le manque de coordination du trajet de soins et la coopération lacunaire entre prestataires, le manque de soutien et d'information aux parents, les conséquences négatives du mode de financement des hôpitaux et des soins à domicile sur la continuité des soins, et les inégalités sociales et territoriales (KCE 2014; 2019). Cela entraîne des disparités en matière d'accès aux soins, à l'information et en matière de respect du droit des patientes (Galer 2022; Plateforme pour une naissance respectée 2014).

L'accès à des soins périnataux de qualité et le respect du droit des patientes ne peut dépendre du niveau de revenu, du lieu de résidence ou de la chance. C'est pourquoi il est impératif de :

- Développer un **trajet de soin en périnatalité** qui :
 - o harmonise les pratiques de soins et d'accompagnement ;
 - o renforce la coordination entre prestataires ;
 - o facilite le passage en ambulatoire.

Cette réforme des soins périnataux devra mettre l'accent sur :

- la formation des professionnels de soins et la sensibilisation des patientes aux **dimensions psychologiques et sociales du post-partum** ;
- un **travail d'information sur la loi du 22 août 2002** relative aux droits du patient auprès des prestataires de soins et des patientes ;
- la nécessité d'un **screening systématique pour la dépression du post-partum**.

Un budget a récemment été débloqué en vue de la réalisation en 2024 d'un trajet de soins périnataux pour les mères vulnérables. Solidaris œuvre à l'implémentation de cette première étape essentielle et appelle à l'extension de ce trajet aux grossesses à bas risque en 2025.

Par ailleurs, il va de soi que le caractère genré de la problématique ne doit aucunement éclipser le fait suivant : les néo-pères présentent également un taux d'initiation d'une consommation d'antidépresseurs supérieure au reste de la population et un taux de haute probabilité de dépression important. Du reste, les

normes sociales liées à une certaine conception de la masculinité freineraient le recours à une aide extérieure chez les hommes en souffrance psychologique (Ogrodniczuk et al. 2016; Seidler et al. 2016). Par conséquent, nous recommandons :

- **D'inclure la santé mentale du co-parent** dans la réflexion sur le développement du trajets de soin en périnatalité
- **De sensibiliser sur la santé mentale des hommes**

3. **Renforcer la santé reproductive et l'accès aux soins**

Deux facteurs augmentent significativement la probabilité d'initier une consommation d'antidépresseurs durant le post-partum et la haute probabilité de dépression du post-partum : devenir parent avant 25 ans et avoir un enfant en mauvaise santé. Il importe dès lors de garantir à toutes et tous, et en particulier à nos jeunes, la maîtrise de leur santé reproductive par un accès facilité à une information et à des soins adéquats, ainsi qu'en protégeant leur droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les réseaux associatif et sociosanitaire de Solidaris œuvrent au quotidien pour faire de ces objectifs une réalité concrète. Mais leur action de terrain ne peut être efficace si elle n'est pas soutenue par des choix politiques. C'est pourquoi Solidaris réclame :

- Pour une meilleure information : généralisation effective de l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) ainsi que la création et la diffusion par les autorités compétentes de campagnes d'informations et de sensibilisation sur le sujet ;
- Pour un accès à des soins adéquats : renforcer le financement des centres de planning familial ;
- Pour garantir et pérenniser l'accès à l'IVG : agir sur le cadre légal, l'accès à l'information, la formation des professionnels et l'accessibilité des services.

Plus largement, l'accessibilité des soins de santé doit être renforcée. En 2022 en Wallonie et à Bruxelles, plus d'un Belge sur trois a dû renoncer à des soins de santé pour raison financière (Solidaris 2023). Les groupes sociaux précaires, les femmes et les invalides sont particulièrement concernés, et donc davantage exposés à une aggravation des pathologies et à des dépenses de santé plus élevées. Pour améliorer la santé des parents et des nouveau-nés et ainsi limiter la charge mentale sur les néo-parents, il importe de :

- Améliorer l'accessibilité financière des soins de première ligne, notamment via le remboursement total des consultations chez le généraliste et des soins bucco-dentaires préventifs et la généralisation du tiers payant ;
- Renforcer les mécanismes de protection des plus précaires, notamment via l'extension de l'automatisation du BIM aux ménages monoparentaux entrant dans les conditions de revenu et en majorant les plafonds de revenus de 10% ;
- Investir massivement dans la santé mentale pour rendre les soins de première ligne plus accessibles, notamment via la suppression du nombre limite de consultations remboursées chez les psychologues de première ligne la première année du traitement et la gratuité des séances jusque 23 ans.

4. **Lutter contre les violences de genre**

L'enquête a également montré l'impact des violences de genre sur la santé mentale des mères. La lutte contre ces dernières doit donc être poursuivie et renforcée. Les actions auxquelles nous appelons sont les suivantes :

- Élaboration d'une loi-cadre relative à l'ensemble des violences basées sur le genre intégrant une logique préventive, répressive et réparatrice ;

- Création d'un fonds spécifique pour les victimes de violences de genre, alimenté par un budget public, par les indemnités perçues auprès des auteurs de ces violences et par des amendes infligées aux institutions qui ne respectent pas leurs obligations en matière de violences basées sur le genre ;
- Implémentation des recommandations du rapport du sénat sur les violences gynécologiques et obstétricales (définir et documenter les VGO, sensibiliser, améliorer la transparence et les voies de recours, etc.) via des textes de loi.

Solidaris agit déjà

Chez Solidaris, nous ne nous contentons pas de porter des revendications. En tant que mutualité de proximité et de combat, nous militons et œuvrons au quotidien pour une société plus inclusive, émancipatrice et durable. Au contact de nos affiliés et à l'écoute de leurs besoins, nous avons développé de nombreux services et avantages pour répondre à leurs attentes. C'est pourquoi Solidaris propose, dans le cadre de son assurance complémentaire et via son réseau, des services de soutien à la parentalité tels que :

- L'intervention financière lors de la naissance (prime naissance) ainsi que pour couvrir les frais de langes ;
- Un "rendez-vous naissance" pour les futurs et les jeunes parents, qui consiste à aborder avec eux des sujets importants qui touchent à la naissance tels que les allocations familiales, l'inscription en crèche, l'avertissement de l'employeur, la reconnaissance par le partenaire, les indemnités, les avantages, etc. ;
- L'intervention financière dans les frais de garde d'enfant malade (en ce compris le service répit pour les parents d'un enfant en situation de handicap), d'école des devoirs, de stages et séjours ;
- L'intervention financière pour les consultations psychologiques (enfants et adultes) ;
- Le service Médi'kids, qui assure un accompagnement par le service social et un soutien financier aux parents dont l'enfant est atteint d'une pathologie lourde ;
- Le remboursement pour les affiliés de moins de 18 ans des tickets modérateurs des consultations pour tous les médecins généralistes et spécialistes, des kinésithérapeutes, des logopèdes, des infirmier(e)s, des médicaments génériques ainsi que lors d'une hospitalisation ;
- Le remboursement pour les affiliés de 18 ans et plus des tickets modérateurs des consultations chez tous les médecins généralistes et gynécologues et cela sans plafond ni franchise ;
- Le remboursement pour les affiliés de 18 ans et plus des tickets modérateurs des consultations chez les médecins spécialistes dans tous les hôpitaux et polycliniques.

En outre, le réseau Solidaris agit directement et quotidiennement pour rendre la santé relationnelle, affective et sexuelle accessible à toutes et tous, pour faire advenir l'égalité de genre et pour l'émancipation des femmes et des minorités de genre. En effet, l'association féministe Soralia lutte depuis plus de 100 ans pour les droits des femmes. En Wallonie et à Bruxelles, l'association propose des activités en éducation permanente ainsi que des formations dans des écoles de promotion sociale. De plus, Sofélia, la fédération militante des centres de planning familiaux solidaires, offre des soins et services dans le domaine de la contraception, de la parenté responsable, de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des relations affectives et sexuelles égalitaires. Enfin, l'association Un pass dans l'impasse propose soutien et accompagnement à toute personne confrontée de près ou de loin à la question du suicide, ainsi que des formations et des actions de sensibilisations.

C'est par l'articulation de cet accompagnement de proximité avec l'action politique que Solidaris fait bouger les lignes pour améliorer la santé et le bien-être de ses affiliés et de tous les patients.

Références

- Agence InterMutualiste. 2023. « Antidépresseurs : consommation en Belgique ». AIM-IMA. 2023. <https://ima-aim.be/Antidépresseurs-consommation-en?meta=oui>.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publishing.
- Badgett, M. V. Lee, et Nancy Folbre. 1999. « Assigning Care: Gender Norms and Economic Outcomes ». *International Labour Review* 138: 311.
- European Commission. Directorate General for Health and Food Safety. et Ipsos European Public Affairs. 2023. *Mental Health: Report*. LU: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2875/48999>.
- Galer, Lola. 2022. « Post-partum : il faut soutenir les femmes qui viennent de donner naissance ». 2022. <https://liguedesfamilles.be/storage/23835/20221121-e%CC%81tude-post-partum.pdf>.
- INAMI. 2023. « Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée ? Quel coût pour l'assurance indemnités ? - INAMI ». 2023. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/Pages/incapacite-travail-longue-duree-combien-burn-outs-depressions.aspx>.
- Jewkes, Rachel. 2002. « Intimate Partner Violence: Causes and Prevention ». *The Lancet* 359 (9315): 1423-29. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5).
- Kabir, Karolyn, Jeanelle Sheeder, et Lisa S. Kelly. 2008. « Identifying Postpartum Depression: Are 3 Questions as Good as 10? » *Pediatrics* 122 (3): e696-702. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1759>.
- KCE. 2014. « Caring for Mothers and Newborns after Uncomplicated Delivery: Towards Integrated Postnatal Care ». KCE Report 232Cs. Bruxelles: Belgian Health Care Knowledge Center. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_232Cs_Postnatal_care_Synthesis_3.pdf.
- — —. 2019. « Towards Integrated Antenatal Care for Low-Risk Pregnancy ». 326. Bruxelles: Belgian Health Care Knowledge Center. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_326_Prenatal_care_Report.pdf.
- Moldenhauer, Julie S. 2022. « Dépression du post-partum - Gynécologie et obstétrique ». Édition professionnelle du Manuel MSD. 2022. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%CC%A9cologie-et-obst%CC%A9trique/soins-du-post-partum-et-troubles-associ%CC%A9s/d%CC%A9pression-du-post-partum>.
- Ogrodniczuk, John, John Oliffe, David Kuhl, et Paul A. Gross. 2016. « La santé mentale des hommes ». *Canadian Family Physician* 62 (6): e284-86.
- Plateforme pour une naissance respectée. 2014. « Argumentaire du manifeste ». <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12104>.
- Rezaie-Keikhaie, Khadije, Mohammad Edris Arbabshastan, Hosein Rafiemanesh, Mehrbanoo Amirshahi, Shokoufeh Mogharabi Ostadkelayeh, et Azizollah Arbabisarjou. 2020. « Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period ». *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 49 (2): 127-36. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>.
- Sciensano. 2023. « Sciensano. Mental Health: Anxiety and Depression, Health Status Report, 19 Sep 2023, Brussels, Belgium, <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mental-health/anxiety-and-depression> ». For a Healthy Belgium. 19 septembre 2023. <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mental-health/anxiety-and-depression#references>.
- Segre, Lisa S., et Wendy N. Davis. 2013. « Postpartum Depression and Perinatal Mood Disorders in the DSM ». <https://www.postpartum.net/wp-content/uploads/2014/11/DSM-5-Summary-PSI.pdf>.
- Seidler, Zac E., Alexei J. Dawes, Simon M. Rice, John L. Oliffe, et Haryana M. Dhillon. 2016. « The Role of Masculinity in Men's Help-Seeking for Depression: A Systematic Review ». *Clinical Psychology Review* 49 (novembre): 106-18. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>.
- Solidaris. 2022. « Baromètre Confiance & Bien-être 2022 ». *Institut Solidaris* (blog). 2022. <https://www.institut-solidaris.be/index.php/barometre-confiance-bien-etre-2022/>.

———. 2023. « Le report des soins de santé - Edition 2022 ». <https://www.institut-solidaris.be/index.php/report-soins-2022/>.

Statbel. 2023. « Belgique, Evolution du nombre de naissances vivantes depuis 1830 ».

https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fstatbel.fgov.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffiles%2Fdocuments%2Fbevolking%2F5.5%2520Geboorten%2520en%2520vruchtbaarheid%2FBirthEvo_1830-FR.xls&wdOrigin=BROWSELINK.

Stewart, Donna E., et Simone Vigod. 2016. « Postpartum Depression ». Édité par Caren G. Solomon. *New England Journal of Medicine* 375 (22): 2177-86. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>.

Tebeka, Sarah, Baptiste Pignon, Yann Le Strat, Marie Pradier, et Caroline Dubertret. 2012. « Dépression du post-partum ». *La lettre du gynécologue* 378-379 (janvier): 30-33. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2021.10.007>.

UNICEF. 2022. « Qu'est-ce que la dépression du post-partum ? » 14 septembre 2022.

<https://www.unicef.org/parenting/fr/sante-mentale/qu-est-ce-que-la-depression-du-postpartum>.

Weizman, Illana. 2021. *Ceci est notre post-partum: Défaire les mythes et les tabous pour s'émanciper*. Marabout.