

La dépression du *post-partum* : corrélats et facteurs prédictifs

Post-partum depression : correlations and predictive factors

D. Amaru et O. Le Bon

Service de Psychiatrie, C.H.U. Tivoli, La Louvière

RESUME

La dépression du post-partum (DPP) fait partie du spectre des troubles dépressifs pouvant faire suite à une grossesse. Il est important de la dépister dès que possible étant donné les conséquences négatives non négligeables potentielles pour la mère, l'enfant et l'entourage. Dans certains cas, la DPP peut évoluer en psychose du post-partum, qui est une urgence psychiatrique. L'étude actuelle sépare en deux groupes 88 femmes, au décours immédiat de leur accouchement, selon le score obtenu sur l'Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS), une échelle internationalement validée et qui prédit le développement postérieur d'une DPP. Les deux groupes sont ensuite comparés sur une série de questions ouvertes, réalisées par un entretien personnalisé, en vue de mieux cerner les variables psychologiques ou anamnestiques donnant suite à cette pathologie. Parmi les femmes interrogées, on peut constater que 27,3 % ont un score EPDS ≥ 12 , ce qui est plus élevé que les scores généralement rencontrés dans la littérature. Les principaux résultats de cette enquête sont : 1) le plus grand pourcentage, dans le groupe à risque, de femmes en couple par rapport aux mères seules ; 2) la présence de problèmes psychiques et de problèmes somatiques au cours de la grossesse venant de se terminer ; 3) l'impression de négligence par l'entourage ; 4) la tendance auto-dépréciative de mal remplir la fonction maternelle. Les points soulevés ci-dessus sont facilement détectables pourvu qu'une attention probablement plus importante que celle qui est dédiée actuellement soit dévolue aux jeunes mères dans un délai de quelques jours après l'accouchement.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 10-6

ABSTRACT

Post-partum depression (PPD) belongs to the depressive spectrum consecutive to a pregnancy. It is important to detect it as soon as possible to avoid non-negligible consequences for the mother, the new born and close relatives. In some cases, PPD may give way to post-partum psychosis, a psychiatric emergency. The present study splits 88 women in two groups, within days of delivery, as a function of their score at the Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS), an internationally validated scale which predicts future episodes of PPD. The two groups are then compared to a series of open items, obtained by personal interview, with the objective to better differentiate psychological and historical data giving way to this condition. Among the women, 27.3 % had a score on the EPDS ≥ 12 , which is higher than what is generally encountered in the literature. The main results of this study are : 1) the higher percentage in the at risk group of women living with a significant other ; 2) the presence of psychic or somatic issues during the pregnancy ; 3) the feelings of negligence by the immediate environment ; 4) auto-depreciative tendency, the ill-fulfilling of maternal function. These items are easily detectable if a little more attention was dedicated to young mothers soon after delivery.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 10-6

Key words : post-partum depression, detection, risk factors

INTRODUCTION

Bien que nous associions habituellement la naissance d'un enfant à des sentiments de joie et de bonheur, il est constaté, que pour certaines femmes, la période du *post-partum* peut être associée à des troubles psychiques venant malheureusement entacher ces agréables émotions.

Ces troubles psychiques peuvent se diviser en trois catégories distinctes¹⁻³. Le degré le plus léger est ce qu'on appelle communément le " *baby blues* ". Ce dernier apparaît dans les premiers jours suivant l'accouchement et concerne entre 40 % et 80 % des mères²⁻⁴. Il se caractérise par des pleurs, de l'irritabilité, de l'insomnie et une labilité émotionnelle mais n'altère pas la capacité d'assumer les activités quotidiennes et disparaît spontanément en quelques jours. Le *baby blues* est cependant parfois une manifestation précoce d'une dépression du *post-partum* (DPP) ou d'une psychose du *post-partum*.

Le deuxième degré est la DPP, à laquelle nous nous intéresserons plus particulièrement ici (voir *infra*).

Le troisième degré est la psychose du *post-partum*. Elle touche approximativement 1 à 2 mères sur 1.000¹⁻³. Sa présentation symptomatologique est plus grave et comprend de l'agitation, des modifications de l'humeur, une désorientation, un comportement désorganisé, des hallucinations visuelles et auditives. Les pensées délirantes sont fréquentes et sont souvent centrées sur l'enfant. Le risque de suicide et d'infanticide est présent chez les femmes souffrant de ce trouble.

Selon le manuel diagnostique et statistique du trouble mental (DSM-IV), la DPP n'est pas une entité séparée mais fait partie du spectre de la dépression principale avec une modification pour le début du *post-partum*. Le DSM-IV est applicable si le début de l'épisode survient dans les 4 premières semaines qui suivent l'accouchement^{3,5,6}. De manière générale, la DPP survient dans les 2 à 12 semaines suivant l'accouchement et affecte 10 à 20 % des femmes^{3,7-14}.

La symptomatologie, pouvant durer quelques semaines à quelques mois, est de gravité variable. Il s'agit principalement de confusion, d'insomnie, de fatigue, d'anxiété, de labilité émotionnelle, d'irritabilité, de perte d'énergie, de troubles de l'appétit, de troubles de la concentration et de tristesse. Dans les cas les plus sévères, on trouvera une faible estime de soi-même, de la culpabilité, une incapacité à faire face aux activités quotidiennes, une idéation suicidaire ainsi qu'un sentiment d'être une " mauvaise mère ", à savoir le sentiment d'incapacité de prendre soin de son enfant. Hormis les symptômes précités, les sentiments d'ambivalence, de négativité ou de désintérêt envers l'enfant peuvent être présents et induire des relations mère-enfant pathologiques pouvant altérer le développement psychologique, émotionnel et cognitif de l'enfant^{1-3,15-17}.

En ce qui concerne le traitement, les méthodes généralement utilisées sont les anti-dépresseurs, la psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale ou thérapie inter-personnelle), voire l'association des deux^{2,3,10,12}. Il est important de rappeler que la plupart des anti-dépresseurs (TCA - antidépresseurs tricycliques et SSRI - inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) peuvent être pris avec peu de risque lors de la grossesse mais aussi de l'allaitement^{5,7,15,16,18}. Les données sur l'utilisation des hormones (œstradiol transdermique, progestérone, etc.) pour prévenir et/ou traiter la DPP sont limitées et les études controversées^{2,4}.

L'étiologie de la DPP, malgré les nombreuses études traitant du sujet, reste encore mal connue. Il semblerait que ce trouble soit d'origine multifactorielle avec des facteurs biologiques, hormonaux, psychologiques et sociaux^{5,19}. D'après certaines études, la raison la plus convaincante serait la fluctuation hormonale survenant durant la grossesse et après l'accouchement. Cette fluctuation se caractérise par une diminution du taux sérique d'œstradiol, de progestérone et de cortisol^{1,4,6,7,20}. Le fait que les femmes ont statistiquement un taux de dépression plus élevé que les hommes (2/3 cas en moyenne sont féminins sur une base mondiale) et sont par ailleurs particulièrement vulnérables aux fluctuations hormonales (périodes prémenstruelles, grossesse, *post-partum*, ménopause) suggère que les hormones jouent un rôle important. Cela n'exclut cependant pas les autres facteurs. En effet, d'autres études récentes ont montré que la majorité des facteurs liés à la DPP sont de nature psycho-sociale tels que la dépression prénatale, le manque de soutien social, familial et financier durant la grossesse, une situation de couple non satisfaisante, des antécédents de dépression, ou encore la présence d'événements stressants durant la grossesse et l'accouchement^{3-5,10,11}.

En dépit de l'impact de cette pathologie sur la santé publique, la DPP reste encore sous-diagnostiquée et donc sous-traitée. Il reste judicieux de chercher à mieux identifier les facteurs de risque de manière précoce afin de mieux encadrer les mères prédisposées. L'objectif de l'étude ouverte pilote présentée ici est l'exploration de facteurs permettant d'identifier les femmes à risque. Une meilleure identification doit permettre une prise en charge plus efficace et plus précoce, pour le bénéfice de la mère mais aussi bien sûr du nouveau-né et du reste de l'entourage direct.

PATIENTES ET METHODES

Patientes

Durant 2 mois, nous avons rencontré 88 mères, primipares et multipares, entre le 3^e et le 5^e jour du *post-partum*. Ces femmes choisies de manière aléatoire séjournèrent dans les services de maternité de 3 hôpitaux de Belgique (C.H.U. Tivoli, Hôpital Erasme et Hôpital de Jolimont-Lobbes). Le but de l'étude leur

a été expliqué et leur consentement a été requis. Nous leur avons soumis deux questionnaires.

L'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) est une échelle validée, largement utilisée comme outil de dépistage dans la littérature médicale et composée de 10 *items*. Elle permet le dépistage des mères qui risquent de déprimer dans les semaines et mois suivant l'accouchement et ce, dès les premiers jours du *post-partum*^{4,8,21,22}. Elle est cotée de 0 à 30, le score le plus élevé indiquant la plus grande sévérité. Le seuil prédictif d'une DPP dans la littérature internationale est généralement établi à 12/30.

L'autre questionnaire, composé de 35 questions, a été élaboré par nos soins. Il couvre la plupart des facteurs de risque évoqués dans la littérature. Il comporte huit volets :

- 1) données démographiques (âge, nationalité, situation conjugale) ;
- 2) type de famille d'origine (mono/biparentale, qualité de la relation à la mère, fratrie, type d'éducation, milieu social) ;
- 3) type de famille actuelle (relation avec la mère, niveau d'études, profession, profession du conjoint, nombre d'enfants) ;
- 4) situation affective actuelle (soutien familial, soutien social, fréquence des conflits avec le conjoint) ;
- 5) grossesses précédentes (antécédents d'IVG, antécédents de FC, problèmes durant les grossesses précédentes) ;
- 6) grossesse actuelle (type de conception, problèmes personnels pendant la grossesse, problèmes de santé pendant la grossesse, accouchement prématuré, césarienne, allaitement) ;
- 7) antécédents médicaux et psychiatriques (antécédents médicaux sévères, antécédents de dépression, antécédents de DPP) ;
- 8) préoccupations depuis l'accouchement (à propos du bébé, impression d'être négligée, impression d'être une mauvaise mère).

Analyses statistiques

Deux groupes ont été sélectionnés sur base des scores EPDS obtenus (groupe 1 : EPDS < 12, groupe 2 : EPDS ≥ 12). Les données continues ont été comparées par ANOVAS et tests non paires paramétriques (Student). Les données catégorielles ont été comparées par chi-carré.

RESULTATS

88 femmes ont participé à l'étude. Leur âge au moment de la passation des tests s'étalait entre 17 et 42 ans. 24 d'entre elles (27,3 %) ont montré un score EPDS ≥ 12 (tableau 1).

Les résultats concernant les données démographiques, le type de famille d'origine, la situation affective actuelle des patientes, l'histoire des anciennes grossesses des patientes et l'histoire médicale et psychiatrique des patientes ne sont pas significatifs

Tableau 1 : Données démographiques.

	<i>Items</i>	Groupe 1 EPDS < 12 (N = 64)	Groupe 2 EPDS ≥ 12 (N = 24)
Age		30,3	30,5
Origine	- Belges* - Non-Belges**	40 (62,5 %) 24 (37,5 %)	15 (62,5 %) 9 (37,5 %)

* Y compris les personnes d'origine étrangère et naturalisées ;
** de nationalité étrangère et résidant en Belgique. Aucune différence n'est notée entre les groupes.

dans cette étude.

Par contre, pour ce qui est du type de famille actuel, nous retrouvons une plus grande proportion de femmes en couple dans le groupe diagnostiqué comme à risque d'une DPP (score EPDS ≥ 12) et ce, de manière statistiquement significative (P = 0,036). Ce résultat est illustré dans le tableau 2.

Tableau 2 : Type de famille actuelle.

	<i>Items</i>	Groupe 1 EPDS < 12 (N = 64)	Groupe 2 EPDS ≥ 12 (N = 24)
Relation actuelle avec la mère	- mauvaise - moyenne - bonne	3 (4,8 %) 4 (76,6 %) 55 (88,7 %)	0 (0 %) 1 (4,5 %) 21 (95,5 %)
Niveau d'étude	- inférieur - secondaire - universitaire	6 (9,4 %) 29 (45,3 %) 29 (45,3 %)	3 (12,5 %) 14 (58,3 %) 7 (29,2 %)
Profession	- sans - ouvrière - employée - cadre	9 (14 %) 15 (23,5 %) 29 (45,3 %) 11 (17,2 %)	8 (33,3 %) 6 (25 %) 9 (37,5 %) 1 (4,2 %)
Situation conjugale*	- seule - en couple	15 (23,4 %) 49 (76,6 %)	1 (4,2 %) 23 (95,8 %)
Profession du conjoint	- sans - ouvrier - employé - cadre	11 (17,2 %) 19 (29,7 %) 13 (20,3 %) 21 (39,8 %)	2 (8,3 %) 9 (37,5 %) 10 (41,7 %) 3 (12,5 %)
Nombre d'enfants précédents		1,63	1,67

* Le groupe 2 comporte un plus grand pourcentage de femmes en couple que le groupe 1.

En nous intéressant à l'histoire actuelle des patientes, nous constatons que la grossesse programmée ou pas n'influe en rien le score EPDS des patientes. Par contre, nous avons un plus grand nombre de femmes ayant eu des problèmes personnels et de santé pendant leur grossesse dans le groupe dont le score EPDS est élevé (P = 0,046 et 0,024). Le tableau 3 nous illustre ce résultat.

Si nous nous concentrons sur les préoccupations

Tableau 3 : Histoire de la grossesse actuelle des patientes.

	Groupe 1 EPDS < 12	Groupe 2 EPDS ≥ 12
Conception - programmée - accidentelle	54/64 (84,4 %) 10/64 (15,6 %)	19/24 (79,2 %) 5/24 (20,8 %)
Problèmes psychiques pendant la grossesse*	13/63 (20,6 %)	10/24 (41,7 %)
Problèmes somatiques pendant la grossesse*	16/64 (25 %)	12/24 (50 %)
Accouchement prématuré	5/64 (7,8 %)	3/24 (12,5 %)
Césarienne	17/64 (26,6 %)	10/24 (41,7 %)
Allaitement	50/64 (78,1 %)	18/24 (75 %)

* On note un plus grand pourcentage de problèmes psychiques et somatiques au cours de la grossesse actuelle dans le groupe 2.

et les sentiments depuis l'accouchement, nous retrouvons dans le groupe à risque d'une DPP (EPDS ≥ 12) une différence significative concernant l'auto-appréciation.

En effet, les femmes se considérant comme "mauvaises mères" se retrouvent majoritairement dans ce groupe (P = 0,001).

Le sentiment d'être négligé est également prépondérant chez les patientes du deuxième groupe (P = 0,0007) (tableau 4).

Tableau 4 : Préoccupations et sentiments depuis l'accouchement.

	Groupe 1 EPDS < 12	Groupe 2 EPDS ≥ 12
Inquiétudes - aucune - à propos du bébé - à propos d'elle-même	12/64 (18,8 %) 43/64 (67,2 %) 9/64 (14 %)	2/24 (8,3 %) 19/24 (79,2 %) 3/24 (12,5 %)
Impression de négligence par l'entourage* - jamais - parfois - souvent	45/64 (70,3 %) 19/64 (29,7 %) 0/64 (0 %)	12/24 (50 %) 7/24 (29,2 %) 5/24 (20,8 %)
Impression d'être une mauvaise mère* - jamais - parfois - souvent	48/64 (75 %) 16/64 (25 %) 0/64 (0 %)	9/24 (37,5 %) 13/24 (54,2 %) 2/24 (8,3 %)

* On retrouve un plus grand pourcentage dans le groupe 2 de femmes se sentant négligées ou ayant l'impression de mal remplir leur fonction maternelle.

DISCUSSION

L'étude présentée avait pour objectif de mieux cerner une série de caractéristiques associées à une échelle internationalement validée (EPDS) évaluant le degré de sévérité de la dépression dans les mois qui

suivent un accouchement.

- Les principaux résultats de cette enquête sont :
- 1) le plus grand pourcentage, dans le groupe à risque, de femmes en couple par rapport aux mères seules ;
 - 2) la présence de problèmes psychiques et de problèmes somatiques au cours de la grossesse venant de se terminer ;
 - 3) l'impression de négligence par l'entourage ;
 - 4) la tendance auto-dépréciative à mal remplir la fonction maternelle.

Plusieurs facteurs n'ont en revanche pas montré d'association : la nationalité, le type de famille d'origine, le milieu social, le nombre de frères et sœurs, le modèle d'éducation par les parents, la qualité des relations passées avec les parents, les relations actuelles avec la mère, le niveau d'études, le nombre d'enfants précédents, la qualité du soutien familial ou social, la présence de conflits avec le conjoint, l'anamnèse des grossesses précédentes, la conception programmée *versus* l'"accident", la prématurité de l'enfant né, l'accouchement par césarienne ou par voie naturelle, l'allaitement, les antécédents médicaux sévères, les antécédents de dépression et en particulier de DPP et les inquiétudes par rapport au bébé ou pour soi-même.

Nous allons à présent discuter les points les plus saillants de cette étude en les confrontant quand c'est possible aux données de la littérature.

Sur les 88 femmes interrogées, 27,3 % ont un score EPDS ≥ 12. La littérature relate une prévalence comprise entre 12 % et 19 %^{5,13}. Le pourcentage est donc plus élevé dans notre échantillon. Le cadre actuel peut expliquer en partie cette différence : en effet, alors que la méthodologie présentée dans la littérature privilégie des questionnaires anonymes, nos entretiens étaient personnalisés, créant ainsi un climat sans doute plus propice aux confidences. Ceci pourrait donc indiquer une sous-évaluation non négligeable de l'incidence de la DPP, de sorte que le dépistage pourrait se trouver amélioré par des entretiens plus personnalisés. Dans une autre hypothèse, la différence entre nos résultats et ceux de la littérature serait due à la taille et aux caractéristiques de la population étudiée.

On notera que les femmes immigrées naturalisées de manière ancienne ou récente sont comprises dans la population belge et qu'il est difficile de tirer des conclusions de type ethnique sur base de la seule nationalité.

L'évaluation des moyennes de notre échantillon semble montrer une plus grande prévalence de groupes à risque à la fois dans les milieux les plus favorisés et dans les milieux les plus défavorisés, alors que l'étage intermédiaire serait moins touché. La littérature met en général en avant la prévalence plus élevée dans les milieux moins favorisés^{1,4,9,10,16}, ce qui va de pair avec les résultats présentés dans cet article. Cette association est intuitive, puisqu'on peut aisément

comprendre que la mère doit gérer la venue d'un enfant - y compris ses aspects économiques - alors qu'elle se trouve déjà dans une situation financièrement difficile et dans un environnement moins confortable. Mais nous trouvons également de nombreuses femmes évoluant dans un milieu favorisé. On devra plutôt chercher des considérations psychologiques, comme une relative privation de liberté⁹ et l'attention de l'entourage qui se centre désormais souvent davantage vers le bébé et délaisserait quelque peu la mère, jusqu'ici sujette principale de l'attention.

On retrouve en revanche une différence significative nette au niveau de la situation de couple, puisque la toute grande majorité des femmes à risque se trouvent en couple, alors qu'on aurait pu imaginer l'inverse. A moins de soupçonner que le couple soit systématiquement nocif à l'épanouissement de la femme qui vient d'accoucher, on doit plutôt imaginer que la femme isolée résiste mieux parce qu'elle ne peut se permettre de tomber dans un statut dépressif et qu'elle a recours à des défenses psychologiques plus rigides permettant de ne pas sombrer dans la dépression. La littérature sur la notion d'isolement est d'ailleurs contradictoire. Certains évoquent l'isolement comme un facteur prédisposant^{4,23} et d'autres non²⁵.

Les moyennes montrent un plus grand pourcentage de femmes ayant subi une IVG auparavant. Peut-être peut-on imaginer une plus grande ambivalence par rapport à la naissance d'un enfant dans certains cas.

La présence de difficultés, tant sur les plans somatique que psychique, au cours de la grossesse actuelle, est par ailleurs significative. Ceci est retrouvé largement dans la littérature, dans les études menées sur le sujet.

Par ailleurs, le soutien familial et social est souvent évoqué comme facteur de risque. Nous n'avons constaté aucune différence statistique concernant ce paramètre.

Il existe la même contradiction entre les différentes études concernant les relations avec la mère. Dans notre étude, aucune différence n'est notée. Il reste que dans le groupe dont le score EPDS est élevé, les femmes ont l'impression de ne pas pouvoir être à la hauteur concernant leur rôle de mère. Quand on s'intéresse de près à ce sentiment, ces femmes avouent ne pas vouloir reproduire le schéma familial qu'elles ont connu elles-mêmes. Indirectement, ces femmes expriment, mais ne l'explicitent pas, une relation mère-enfant, dans leur propre enfance, non satisfaisante à leurs yeux. Cette hypothèse est corroborée par plusieurs auteurs ayant mis en évidence une corrélation nette entre les relations difficiles avec la mère et la survenue d'une DPP^{4,16}.

Aucune relation n'a été trouvée entre la parité et le développement d'une DPP. A ce sujet, la majorité des études confirment cette observation^{16,24}.

L'histoire obstétricale n'a aucune incidence sur le développement d'une DPP. Nos résultats sont confirmés par la majorité des études traitant de ce sujet^{2,9,16}.

D'autres facteurs, incriminés dans la pratique courante, comme la programmation de la conception, le mode d'accouchement et l'allaitement ne semblent en réalité n'avoir aucune incidence^{1,2,5,24-26}. Ces données sont confirmées par l'étude actuelle.

La majorité des études a démontré un lien direct entre des antécédents de DPP et un risque plus élevé du développement d'une nouvelle DPP^{1,4,6,10,11,24}, que nous n'avons pas retrouvé. Selon nous, l'explication de cette divergence peut être trouvée dans la méconnaissance que les patientes ont de cette pathologie et probablement dans une mauvaise connaissance, voire la négligence de la DPP par l'équipe médicale lors de grossesses antérieures. Soulignons donc l'importance de poser un diagnostic clair et d'en informer les patientes car il s'agit d'un des facteurs les plus probants menant à une DPP, d'après la littérature^{1,4,6,10,11,24}.

Deux résultats se sont retrouvés nettement corrélés dans l'étude, à savoir l'impression de négligence par l'entourage et l'impression d'être une mauvaise mère. Au sujet du sentiment de négligence, il s'avère que toutes les femmes ayant répondu qu'elles se sentaient souvent négligées se retrouvent dans le groupe des patientes à risque. Quant au sentiment d'être une mauvaise mère, la majorité des femmes l'ayant exprimé font partie des femmes les plus susceptibles de développer une DPP. Nous pouvons inclure ces paramètres dans l'évaluation de la présence d'un risque de DPP. Il s'agit sans doute plus d'une conséquence de ce trouble qu'une réelle cause ou un facteur prédisposant.

La littérature montre en général que les mères adolescentes sont plus à risque de DPP que les femmes adultes^{11,23}. Nous n'avons pas pu mettre ce facteur en évidence dans notre étude étant donné que la population étudiée se constituait très majoritairement de femmes adultes.

CONCLUSION

De nos jours, la DPP reste encore une pathologie assez fréquente mais négligée et selon toute vraisemblance, sous-diagnostiquée. En effet, les femmes souffrant de DPP se sentent facilement coupables et honteuses de se sentir malheureuses à un moment de leur vie où leur entourage et la communauté qui les entoure attend de la joie et du bonheur. Elles ont également tendance à dissimuler leur état car dans notre société actuelle, femme-mère signifie aux yeux de beaucoup être une femme accomplie, avec devoir d'être heureuse. Hormis les effets de ce trouble sur la femme, la relation mère-enfant est également perturbée et le développement de l'enfant peut s'en retrouver altéré.

Les effets de la DPP sont destructeurs et parfois irréversibles. Il n'existe pas encore de consensus concernant les facteurs de risque malgré la multitude d'études traitant ce sujet. L'étude actuelle montre que la prévalence réelle est vraisemblablement plus élevée que celle qui est relevée grâce à des questionnaires anonymes et encourage des enquêtes personnalisées. Une attention particulière devrait être posée quant aux problèmes de santé psychiques et somatiques au cours de la grossesse. Les femmes qui se sentent négligées ou qui s'auto-déprécient font parties du groupe susceptible de développer une DPP. Ces facteurs sont facilement détectables, à condition que l'équipe médicale soit formée et informée.

Cette étude, pour être plus pertinente, aurait nécessité la prise en compte d'un nombre plus grand de patientes ainsi qu'un suivi plus long de ces patientes dans le *post-partum*. En effet, ce qui est évalué ici est un risque potentiel de DPP sur base d'un score à un questionnaire, mais pas le risque réel étant donné que l'on ne sait pas qui, parmi ces femmes, aura réellement développé une dépression dans les semaines suivant l'accouchement.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. MacQueen G, Chokka P : Special issues in the management of depression in women. *Can J Psychiatry* 2004 ; 49 (Suppl 1) : 27S-40S
2. Verinder Sharma, Priya Sharma : Postpartum Depression : Diagnostic and treatment issue. *J Obstet Gynecol Can* 2012 ; 34 : 436-42
3. MGH Center for Women's mental health : February 21, 2008. Post partum psychiatric disorders. (en ligne), <http://www.womenmentalhealth.org>
4. Lusskin SI, Misri S : Postpartum Blues and depression. Wolters Kluwer health, UpToDate (en ligne octobre 2012)
5. Andrews-Fike C : A Review of Postpartum Depression. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 1 : 9-14
6. Neil Epperson C : Postpartum Major Depression : Detection and treatment. *Am Family Physicians* 1999 ; 59 : 2247-54
7. Miller LJ : Postpartum Depression. *JAMA* 2002 ; 287 : 762-5
8. Teissedre F, Chabrol H : A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers : detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale* 2004 ; 30 : 376-81
9. Gomes Da Silva Moraes I, Tavares Pinheiro R : Prevalence of Postpartum depression and associated factors. *Rev Saude Publica* 2006 ; 40 : 440
10. Milap Kumar Patel, Rahn K Bailey, Shagufta Jabeen, Shahid Ali : Post partum depression : review. *J Health Care Poor Underserved* 2012 ; 23 : 534-42
11. Clare CA, Yeh J : Post partum depression in special populations : a review. *CME review article. Obstet Gynecol Survey* 2012 ; 67 : 313-23
12. O'Donovan C : Achieving and sustaining remission in depression and anxiety disorders : Introduction. *Can J Psychiatry* 2004 ; 49 (Suppl 1) : 5S-9S
13. Howard LM, Booth E, Henshaw C : Antidepressant prevention of postnatal depression. *PLOS Med* 2006 ; 3 : e389
14. Norika Hayakawa, Takayoshi Koide, Takashi Okada *et al.* : The post-partum Depressive State in relation to perceived rearing : a prospective cohort study. *PLOS One* 2012 ; 7 : e50220
15. Cooper PJ : Postnatal depression. *BMJ* 1998 ; 316 : 1884-6
16. Dayan J : Psychopathologie de la périnatalité. Paris, Masson, 2003
17. Misri S, Lusskin SI : Depression in pregnant women : Clinical features and consequences. UpToDate (en ligne novembre 2012)
18. Howard L : Postnatal depression. *Am Fam Physician* 2005 ; 72 : 1294-6
19. Dennis CL, Janssen PA, Singer J : Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 110 : 338-46
20. Soares CN, Zitek B : Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle : a continuum of vulnerability ? *J Psychiatry Neurosci* 2008 ; 33 : 331-43
21. Teissedre F, Chabrol H : Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry* 2004 ; 49 : 51-4
22. Jardri R, Pelta J, Maron M *et al.* : Predictive validation study of the Edinburgh postnatal depression scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord* 2006 ; 93 : 169-76
23. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A *et al.* : Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health* 2006 ; 60 : 221-22
24. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E : Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005 ; 88 : 9-18
25. Dennis CL : Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression : systematic review. *BMJ* 2005 ; 331 : 15
26. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ : Operative delivery and postnatal depression : a cohort study. *BMJ* 2005 ; 330 : 879
27. Halbreich U, Karkun S : Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006 ; 91 : 97-111
28. Zonana J, Gorman JM : The neurobiology of postpartum depression. *CNS Spect* 2005 ; 10 : 792-9, 805
29. Wisner KL, Perel JM, Peidl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL : Prevention of postpartum depression : a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 1290-2
30. McClendon J : Reexamining paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety. *J Clin psychiatry* 2005 ; 66 : 1494-5 ; author reply 1495
31. Magalhaes PV, Pinheiro RT : Pharmacological treatment of postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand* 2006 ; 113 : 75-6 ; author reply 76-7
32. Misri S, Lusskin SI : Depression in pregnant women : management. UpToDate (en ligne novembre 2012)
33. Cuijpers P, Bränmark JG, Van Straten A : Psychological treatment of Postpartum depression : a meta analysis. *J Clin Psychol* 2008 ; 64 : 103-18

34. Marlene P. Freeman MD : Perinatal psychiatry : risk factors, treatment data and specific challenges for clinical researchers. J Clin Psychiatry 2008 ; 69 : 4
35. Melissa Lee Phillips : Treating postpartum depression. American Psychological Association APA 2011 ; 42 : 46

Correspondance et tirés à part :

O. LE BON
C.H.U. Tivoli
Service de Psychiatrie
Avenue Max Buset 34
7100 La Louvière
E-mail : olebon@chu-tivoli.be

Travail reçu le 17 mars 2013 ; accepté dans sa version définitive le 5 novembre 2013.