

La dépression du postpartum : prévalence et facteurs de risque Etude prospective concernant 302 parturientes tunisiennes

Postpartum depression: prevalence and risk factors

Prospective Study concerning 302 Tunisian parturients

Masmoudi Jawaher, Charfeddine Fadoua, Trabelsi Sonda, Feki Ines, Ben Ayad Belhsan, Guermazi Mohamed, Baati Imene, Jaoua Abdellaziz,

*Service De Psychiatrie A - Chu Hedi Chaker Sfax
Faculte De Medecine De Sfax*

RÉSUMÉ

Prérequis : La dépression est une pathologie fréquente particulièrement en post partum. Elle expose aussi bien les mères, les nouveaux nés et le couple à des complications psychosociales

Buts : Ils ont été d'estimer de la prévalence de la dépression en postpartum chez de 302 parturientes tunisiennes et déterminer des facteurs qui lui sont associés.

Méthodes : Notre étude a été prospective en deux temps, à la première semaine (T1), puis entre la sixième et la dixième semaine du postpartum (T2). Nous avons utilisé la version arabe validée de l'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pour le dépistage de la dépression du postpartum.

Résultats : En T1, la prévalence du postpartum blues intense a été de 19,2 %. En T2, la prévalence de la dépression post natale a été de 12,9 %. Les facteurs associés au postpartum blues intense ont été un bas niveau socioéconomique et scolaire, une relation conjugale et un support social insuffisants, une difficulté à accepter la grossesse, la présence d'antécédents psychiatriques, la prématurité et le mauvais état du nouveau né . Les facteurs associés à la dépression postnatale ont été le bas niveau socioéconomique, la mauvaise relation conjugale, la difficulté à accepter la grossesse et la présence d'antécédents psychiatriques.

Conclusion : Les dépressions du postpartum sont fréquentes. Elles semblent découler de l'intrication de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. C'est dire l'importance du dépistage des femmes à risque, pour agir en amont de l'installation de cette dépression et de ses complications.

Mots-clés

Baby blues, dépression, dépistage, post-partum, facteurs de risque

SUMMARY

Background: Depression is a common condition especially in the postpartum. It exposes mothers, newborns and couples for psychosocial complications.

Aims: They were to estimate the prevalence of the depression in postpartum in a population of 302 Tunisian parturients and to identify its associated factors.

Methods: Our study was prospective, in two stages: at the first week (T1), then between sixth and tenth week of the postpartum (T2). The study was conducted at CHU Hédi Chaker in Sfax, Tunisia. We used the Arabic version and validated the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening for postpartum depression. We used the scale MSSS. "Maternity Social Support Scale" to assess the social and family support and the Azrin scale to evaluate the satisfaction of the conjugal relationship. An epidemiologic questionnaire was used to collect the sociodemographic and clinical data.

Results: At T1, 302 women were examined. At T2, 139 were reexamined (46% of the initial population). In the first stage, the prevalence of the intense postpartum blues, according to EPDS, was 19,2%. In the second stage, the prevalence of the postnatal depression was 12, 9%. Factors associated with postpartum blues intense were the low socioeconomic status ($p = 0,01$), a lower educational level ($p = 0,017$), the poor marital relationship ($p = 0,04$), an insufficient social support ($p < 0,001$), the difficulty to accept pregnancy ($p = 0,001$), the presence of psychiatric the presence of psychiatric history ($p = 0,001$), the prematurity ($p = 0,001$) and an ill newborn birth ($p = 0,001$). Factors associated with the post natal depression were the low socioeconomic status ($p = 0,01$), the poor marital relationship ($p = 0,034$), difficulty with pregnancy ($p = 0,001$) and the presence of psychiatric history ($p = 0,001$).

Conclusion: Postpartum depressions are common. It seems to be the result of the interaction of several biological, psychological and social factors. This suggests the importance of screening for women having such risk factors to prevent the installation of this depression. This detection should be done early in postpartum or else in the later postnatal consultations. This allows an adequate treatment for the mothers, for the relationship mother–new born and later, for the psychological equilibrium of the child.

Key- words

Baby blues, depression, post-partum, risk factors, screening

La dépression maternelle reste un problème d'actualité en santé publique, dont témoignent de nombreux travaux de recherche, centrés en particulier sur la dépression chez les mères avec jeunes enfants. En post partum, le « baby- blues » ou syndrome du troisième jour est le syndrome thymique le plus fréquent. Il touche environ 50 à 80 % des accouchées [1].

Il s'agit d'un trouble de l'humeur passager se caractérisant essentiellement par des pleurs incessants accompagnés ou non de tristesse, une labilité de l'humeur et des troubles cognitifs [2–6]. Sa résolution, généralement rapide et spontanée, est favorisée par une attitude chaleureuse et maternante de l'entourage.

Toutefois, dans 10 % des cas, il peut être intense (PPBI : Post Partum Blues Intense) et/ou persiste plus d'une semaine et peut être le point de départ d'une évolution dépressive du postpartum [3,5–7]. La dépression postpartum (DPP) touche près de 13% de femmes dans les communautés à revenu élevé développées [3,5,6, 8–12] et peut être encore plus fréquente dans les pays en développement [13,14]. Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa quatrième édition (DSM-IV), la DPP est une dépression majeure qui apparaît dans les 5 semaines suivant l'accouchement [15]. En termes d'étiologie, la DPP est un trouble multifactoriel avec des aspects biologiques, psychologiques et sociologiques qui interagissent entre eux [16]. Ces DPP sont difficiles à diagnostiquer devant la variabilité et l'atypicité de la représentation clinique, la fréquence de la somatisation et le caractère tenu secret du trouble [17].

Ces états demeurent insuffisamment prévenus, diagnostiqués et traités [18]. Or la survenue de telles dépressions risque d'avoir des conséquences graves, non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère–bébé et, par conséquent, sur le développement psychoaffectif ultérieur de l'enfant [3,5, 19, 20]. C'est dire l'importance du dépistage précoce de ces états, et de l'identification des facteurs qui lui sont associés pour une action préventive. De plus, certaines études signalent le rapport étroit entre la sévérité du postpartum blues et la DPP [3, 5, 21, 22].

Il a été alors mis à la disposition des professionnels (médecins, sages-femmes, travailleurs médicosociaux), plusieurs échelles d'évaluation permettant de porter un diagnostic positif de la DPP. L'échelle la plus utilisée est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Elle permet à la fois le dépistage précoce des mères à risque de développer une dépression postnatale (postpartum blues intense) et, dans les premières semaines du postpartum, celui des mères présentant une dépression du postpartum [5].

Nos objectifs ont été d'estimer la prévalence de la dépression en postpartum dans une population de parturientes tunisiennes et rechercher les facteurs qui lui ont été associés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Patientes

Nous avons mené une enquête prospective, descriptive et analytique. Elle s'est déroulée au CHU de Sfax, tout d'abord au service de maternité, ensuite aux consultations externes de gynécologie obstétrique de Sfax et aux dispensaires correspondants des parturientes, après une convocation téléphonique. Nous avons inclus dans ce travail 302 femmes ayant accouché au service de gynécologie obstétrique du CHU de Sfax durant la période du 1er Janvier 2006 au

30 Mai 2006, quel que soit le mode de l'accouchement. Nous avons exclu de l'étude les femmes illettrées et celles ayant refusé de participer à l'étude.

La population a été faite de femmes âgées en moyenne de 29,12 ans (écart-type (ET) = 5), avec un maximum de 42 ans et un minimum de 19 ans. Ces femmes ont été majoritairement mariées (98,7 %), de niveau socioéconomique bas à moyen pour 86,1 % et d'origine urbaine pour 85,1%. Le niveau scolaire a été primaire pour 39% des femmes, secondaire pour 46% et supérieur pour 14,9 %. Onze parturientes (3,6 %) ont eu des antécédents psychiatriques tous types confondus et 21,9 % ont eu des antécédents médicochirurgicaux. Pour le dépistage de la dépression du postpartum nous avons utilisé l'EPDS : c'est une échelle développée par Cox et al. [23] en 1987. Elle a été validée en Tunisie, et le score seuil retenu a été de 10 [24]. Il s'agit d'un autoquestionnaire, comprenant dix items, coté chacun de 0 à 3, selon un ordre croissant de sévérité. Le score total à l'EPDS varie ainsi de 0 à 30. Utilisé depuis 1987, l'EPDS se montrait un indicateur spécifique pour le dépistage de la dépression du postpartum [5,6,9,25,26]. Pour évaluer le support social et familial, nous avons utilisé l'échelle MSSS : "Maternity Social Support Scale" C'est un questionnaire comportant 6 items cotés chacun de 1 à 5. Le score global varie ainsi de 6 à 30 [27] : Un score <19 montre un support socio familial faible. Un score entre 19 et 24 indique un support socio familial moyen. Un score > 24 révèle un support socio familial bon. L'échelle d'AZRIN a permis l'évaluation de la satisfaction de la relation conjugale : Cette échelle évalue la satisfaction de la femme éprouvée face au comportement de son conjoint : les responsabilités ménagères, l'éducation des enfants, les activités sociales et loisirs, la vie professionnelle, l'argent et budget, l'indépendance, la sexualité et le bonheur général [28]. Elle comporte 8 items coté chacun de 1 à 10. Selon la moyenne des scores, une mauvaise satisfaction conjugale est définie par score moyen inférieure à 5, une moyenne satisfaction conjugale est déterminée par un score moyen entre 5 et 6 et une bonne satisfaction conjugale est retenue si le score moyen est supérieur à 6. Une fiche épidémiologique a permis de recueillir les données sociodémographiques et les données cliniques et néonatales.

L'enquête s'est déroulée en deux temps :

- La première évaluation (T1) a eu lieu à la maternité, le jour de sortie de chaque parturiente, durant la période du 1er Janvier au 30 Mai 2006 et dans tous les cas au cours de la première semaine du postpartum. Au cours de cette évaluation, nous avons passé l'EPDS, la fiche épidémiologique associée, l'échelle d'AZRIN et l'échelle MSSS;

- La seconde évaluation (T2) a eu lieu six à huit semaines après la première évaluation, soit entre la sixième et dixième semaine du postpartum. Cette seconde évaluation a eu lieu durant les consultations externes de la maternité de Sfax ou dans les dispensaires. Au cours de cette seconde évaluation, nous avons administré l'EPDS.

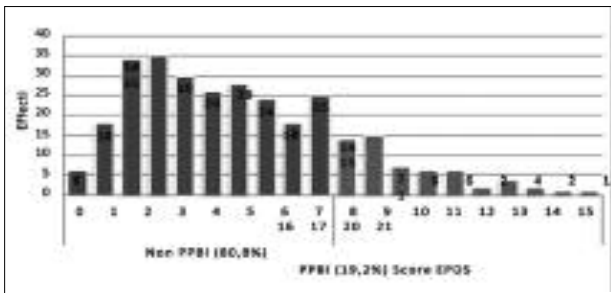
Parmi les 302 parturientes ainsi incluses, 139 (46 %) se sont rendues à la seconde consultation. Ainsi, 163 (54%) n'ont été évaluées qu'en T1. Nous avons, par la suite, divisé la population en deux sous groupes et dans les deux temps de l'évaluation : les « femmes déprimées : PPBI+ ou D+ » versus « femmes non déprimées : PPBI- ou D- ».

Pour la saisie et l'analyse des données, nous avons utilisé le logiciel SPSS dans sa onzième version. La comparaison entre les sous-groupes a été effectuée moyennant le test de Khi2 et le test t de Student. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

RÉSULTATS

Prévalence de la dépression en T1 : En T1, les scores à l'EPDS des 302 parturientes ont varié de 0 à 21. Le score moyen à l'EPDS de toute la population a été de 6,18 (ET = 3,83). La distribution des scores a été de nature gaussienne (Figure 1). Quarante et une parturientes ont eu un score supérieur ou égal à 10, soit une prévalence d'un PPBI à la première semaine de 19,2 %. Concernant les parturientes examinées à deux reprises (139 parturientes), le score moyen à l'EPDS, a été de 5,86 (ET = 3,56). Vingt-deux parturientes ont eu un score supérieur ou égal à 10, soit une prévalence de 15,8 %. Le score moyen à l'EPDS de la population non revenue à la seconde évaluation (163 parturientes) a été de 6,46 (ET = 4,22) avec un maximum de 20 et un minimum de 0. Trente six parturientes ont eu un score supérieur ou égal à 10, soit une prévalence de 22,1 %. Il n'y a pas eu de différence significative de la DPP en T1 entre les deux groupes de femmes revenues et non revenues ($p = 0,1$).

Figure 1 : Répartition des scores EPDS en T1 (302 Parturientes)



Prévalence de la dépression en T2 : Les scores à l'EPDS des parturientes ont varié de 1 à 17. Le score moyen à l'EPDS de toute la population a été de 5,81 (ET = 3,54).

La distribution des scores a été de nature gaussienne (Figure 2). Dix-huit parturientes ont eu un score supérieur ou égal à 10, soit une prévalence de la DPP de 12,9 %.

Il n'y a pas eu de différence significative concernant la prévalence de la DPP entre T1 et T2 ($p = 0,4$). Les résultats trouvés sont récapitulés dans le tableau 1.

Figure 2 : Répartition des scores EPDS en T2 (139 Parturientes)

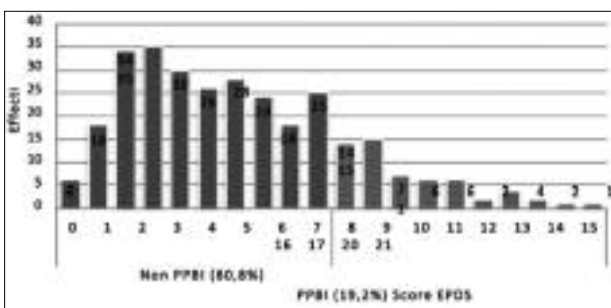


Tableau 1 : Prévalences du PPBI et DPP

	Parturientes	Prévalence PPBI / DPP
T1 PPBI+	302	19,2%
	139	15,8%
	163	22,1%
T2 D+	139	12,9%

T1 et en T2 : La comparaison entre les sous-groupes femmes déprimées versus femmes non déprimées, moyennant le test de Khi2 et avec un seuil de signification de 5%, a montré que le groupe des femmes déprimées, aussi bien en T1 qu'en T2, a été d'un niveau socioéconomique plutôt bas, une support social insuffisant, une relation conjugale non satisfaisante, une difficulté à accepter la grossesse et a présenté plus d'antécédents psychiatriques par rapport au groupe des femmes non déprimées (tableaux 2,3,4,5 et 6). De façon globale, les résultats en T1 ont été similaires, sauf pour la qualité du support social, le terme de l'accouchement et l'état de santé du nouveau (tableaux 2 et 6).

DISCUSSION

Dans notre étude, la prévalence du postpartum blues intense a été de 19,2 % en T1 et de la DPP de 12,9 % en T2. Cette dépression a été associée à des facteurs d'ordre social, des facteurs psychologiques, et des facteurs d'ordre biologique (tableaux 2-6).

Notre étude comporte quelques limites qu'il convient d'élucider, à savoir : La nature hospitalière de la population ; Le niveau scolaire bas, spécifiquement l'illettrisme qui a empêché certaines femmes de participer à l'enquête ; Les femmes qui se sont rendues à la visite du quarantième jour (T2) ont représenté 46% de la population initiale. Ainsi, les résultats ne peuvent pas être généralisables à toutes les femmes nouvellement accouchées. De plus, parmi les femmes qui n'ont pas complété le T2, beaucoup présentaient en T1 un score élevé à l'EPDS. Ces femmes susceptibles de développer une dépression postnatale, ne se sont pas rendues à la visite de suivi du postpartum, ce qui rend difficile leur dépistage et leur prise en charge. Rappelons qu'un score élevé à l'EPDS dans les premiers jours du postpartum (postpartum blues) constitue un élément prédictif de l'installation d'une dépression postnatale plus durable dans le temps [3, 5, 6, 9, 21, 22]. Enfin, bien qu'ayant des qualités psychométriques globalement satisfaisantes, cette échelle laisse la possibilité de faux positifs et nécessite un examen psychiatrique plus approfondi [25].

Prévalence de la DPP

Les dépressions du postpartum présentent pour plusieurs auteurs un problème de santé publique [29]. Dans notre étude, la prévalence du postpartum blues intense a été de 19,2 % en T1 et de la DPP de 12,9% en T2. En littérature, la prévalence des DPP varie de 10 à 20%, avec une prévalence moyenne de 13 % [5, 9,10]. Une révision de 143 études de 40 pays a montré que cette prévalence s'étend de 0 à 60 % [30]. Trois méta analyses récentes ont montré que la prévalence

Tableau 2 : Répartition des parturientes selon les paramètres sociodémographiques

Paramètres	D-		D+		P	PPBI -		PPBI+		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Age										
Moins 25	22	18,18	4	22,23	0,13	53	21,73	10	17,24	0,69
De 25 à 35	80	66,12	8	44,44		156	63,93	38	65,52	
Supérieur à 35	19	15,70	6	33,33		35	14,34	10	17,24	
Résidence										
Rurale	12	9,92	0	0	0,36	35	14,34	10	17,24	0,54
Urbaine	109	90,08	18	100		209	85,56	48	82,76	
État civil										
Mariée	119	98,34	18	100	0,58	241	98,78	57	98,28	0,76
Célibataire	2	1,66	0	0		3	1,22	1	1,72	
Niveau scolaire										
Primaire	48	39,66	10	55,56	0,40	86	35,25	32	55,17	0,017
Secondaire	59	48,76	7	38,88		118	48,36	21	36,21	
Supérieur	14	11,58	1	5,56		40	16,39	5	8,62	
Logement										
Indépendant	107	88,43	14	77,78	0,20	222	90,98	48	82,75	0,13
Famille	14	11,57	4	22,22		22	9,02	10	17,25	
Niveau socio- économique										
Bon	14	11,58	2	11,11	0,01	33	13,52	9	15,52	0,01
Moyen	106	87,60	13	72,22		207	84,84	42	72,42	
Mauvais	1	0,82	3	16,66		4	1,64	7	12,06	

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon les paramètres environnementaux

Paramètres	D-		D+		P	PPBI -		PPBI+		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Qualité MSSS										
Faible	1	0,82	1	5,55	0,29	4	1,64	7	12,07	0,001
Moyen	35	28,92	5	27,78		58	23,77	28	48,27	
bon	85	70,26	12	66,67		182	74,59	23	39,66	
Score AZRIN										
< à 5	94	77,68	13	72,23	0,034	173	70,91	50	86,21	0,04
De 5 à 6	27	22,32	4	22,22		61	25	7	12,07	
à 7	0	0	1	5,55		10	4,09	1	1,72	

Tableau 4 : Répartition des parturientes selon les antécédents

Antécédents	D-		D+		P	PPBI -		PPBI+		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Familiaux psychiatriques										
Oui	7	5,78	1	5,55	0,96	11	4,51	3	5,17	0,82
Non	114	94,22	17	94,45		233	95,49	55	94,83	
Personnels psychiatriques										
Oui	1	0,83	3	16,67	0,001	4	1,64	7	12,07	<0,001
Non	120	99,17	15	83,33		240	98,36	51	87,93	
médico- chirurgicaux										
Oui	28	23,14	4	22,22	0,9	49	20,08	17	29,31	0,12
Non	93	76,86	14	77,78		195	79,92	41	70,69	
Enfants décédés										
Oui	8	6,61	1	5,55	0,8	17	6,67	5	8,63	0,66
Non	113	93,39	17	94,45		227	93,03	53	91,37	

Tableau 5 : Répartition des parturientes selon les paramètres gynéco-obstétricaux

Paramètres	D-		D+		P	PPBI -		PPBI+		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Difficulté à accepter la grossesse										
Oui	4	3,31	4	22,22	0,001	17	6,97	12	20,69	0,001
Non	11	96,7	14	77,78		227	93,03	46	79,31	
Signes sympathiques exagérés										
Oui	60	49,58	7	38,88	0,39	112	45,90	30	51,73	0,42
Non	61	50,42	11	61,12		132	55,10	28	48,27	
Pathologie pendant la grossesse										
Oui	49	40,49	8	44,45	0,75	93	38,12	22	37,94	0,97
Non	72	59,51	10	55,55		151	61,88	36	62,06	
Prise de poids										
Oui	25	20,6	3	16,67	0,69	57	23,36	14	24,14	0,9
Non	96	6	15	83,33		187	76,63	44	75,86	
Début du travail										
Spontané	41	79,33	5	27,77	0,60	90	36,89	21	36,21	0,92
Déclenché	80	33,88	13	72,2		154	63,1	37	63,79	

Tableau 6 : Répartition des parturientes selon les paramètres néonataux

Paramètres du nouveau né	D-		D+		P	PPBI -		PPBI+		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
0										
Sexe										
Masculin	57	47,11	8	44,44	0,83	127	52,05	24	41,37	0,14
Féminin	64	52,89	10	55,56		117	47,95	34	58,63	
Terme										
Prématuré	12	9,92	0	0	0,36	17	6,96	12	20,68	0,001
A terme/Post terme	109	90,08	18	100		227	93,04	46	79,32	
Sexe du nouveau né souhaité										
Oui	116	95,86	17	94,45	0,78	227	93,03	51	87,94	0,19
Non	5	4,14	1	5,55		17	6,97	7	12,06	
État de santé										
Bon	106	87,61	18	100	0,11	232	95,08	45	77,58	0,001
Mauvais	15	12,39	0	0		12	4,92	13	22,42	

groupée de DPP chez les femmes iraniennes était entre 15,6% et 25,6% [31, 32]. Slim [23], dans son étude menée à Monastir, a trouvé une prévalence de la DPP de l'ordre de 7,9%, à la huitième semaine du post partum Ben Aïcha dans une autre étude menée à Tunis, a trouvé une prévalence de la DPP durant les six premières semaines du post partum de l'ordre de 21,4% [33].

Nous remarquons ainsi qu'il existe une large différence des prévalences de la DPP selon les études. Cela dépend de plusieurs facteurs en rapport principalement avec la population d'étude (taille, type, origine. . .), le moment de l'évaluation et le type de l'instrument utilisé. En somme, notre taux se trouve dans les normes des taux rapportés dans la littérature et particulièrement en T2, c'est-à-dire pour les dépressions postnatales constituées. D'un autre côté, la décroissance des taux de prévalence entre les deux temps de l'évaluation a été rapportée dans d'autres études. C'est particulièrement la sévérité de ce postpartum blues, mesurée par des scores élevés à l'EPDS, qui constitue l'élément prédictif le plus puissant de cette évolution [3, 5, 6, 21, 22,34]. D'autre part, l'écart de prévalence entre le premier et le second temps d'évaluation peut découler du fait que la durée d'évolution de l'épisode thymique dépend de sa sévérité et de sa prise en charge [35], pas forcément médicamenteuse. C'est les cas les plus sévères (scores élevés) et non pris en charge qui dureraient le plus.

Facteurs associés à la DPP

Parmi les facteurs de risque les plus rapportés dans la littérature, figure la présence d'antécédents psychiatriques, notamment thymique [36]. Pour certains auteurs, il s'agit même du meilleur paramètre prédictif de la DPP avec un risque potentiel de récurrence lors des grossesses ultérieures [37]. Ce résultat a pu être confirmé par les résultats d'une méta-analyse de 44 études, où l'antécédent de dépression ou une dépression lors de la grossesse sont classés parmi les facteurs les plus prédictifs de la DPP [38]. D'un point de vue socio environnemental, le bas niveau socioéconomique, l'insuffisance de la qualité du support socio familial et notamment conjugal constituent des facteurs de risque majeur de la DPP.

Ce résultat est partagé par la majorité des études épidémiologiques [39]. Chahraoui et al soulignent le rôle de la disponibilité sociale dans la sécurité d'attachement des femmes et l'absence de soutien social perçu dans les situations de détresse émotionnelle, tel est le cas de la DPP. Cette étude a mis en évidence la présence d'un style d'attachement de type « désorganisé » dans la population des femmes déprimées.

En effet, le style d'attachement insécure observé peut être compris comme la conséquence de la pathologie dépressive ou bien comme le reflet d'un style relationnel plus ancien lié à l'histoire du sujet [40]. Une question peut se poser : est ce que cette altération des rapports conjugaux précède la dépression, et dans ce cas elle peut être impliquée dans la décompensation dépressive, ou à l'inverse elle est secondaire à la pathologie dépressive et à la non compréhension de son caractère pathologique ? Ceci n'a pas été précisé dans notre étude.

Dans les deux cas, l'évaluation du support social durant les visites prénatales est un temps capital dans une perspective préventive efficace de ces troubles [27]. Nous insistons également sur l'importance d'une action éducative à visée préventive des proches

des parturientes, notamment du conjoint. Rappelons que dans notre étude, l'insuffisance du soutien social et conjugal dans le post partum immédiat a été corrélé à la survenue de PPBI. Plus tard, c'est la présence du conjoint et son aptitude à soutenir sa femme qui a été le plus déterminant. Au niveau psychologique, la difficulté à accepter la grossesse a été corrélée à la DPP, ce qui rejoint la majorité des études ayant évalué ce facteur [22].

Ainsi, une grossesse non désirée ou pour laquelle a été envisagée une interruption volontaire serait plus fréquemment suivie de DPP [41]. En fait, la grossesse n'est pas seulement le moment de la construction d'un corps d'enfant interagissant avec l'organisme maternel, c'est aussi une crise psychologique souvent organisatrice, structurante et maturative pour la femme, réaménageant sa structure et ses positions antérieures, marquant son avenir et modifiant son statut social de manière radicale.

C'est aussi la période pendant laquelle sont construits son aptitude et son désir de donner des soins à son enfant en fonction de son expérience antérieure et du vécu actuel de la grossesse. Tous ces faits sont très intriqués et contribuent à expliquer la forte association entre le non désir d'une grossesse et l'apparition de la DPP. De plus, la DPP a été associée à l'état de santé altéré du nouveau né : l'augmentation du stress en rapport avec les soins du bébé malade, le sentiment de culpabilité et la diminution de l'estime de soi quant au rôle de mère semblent être des facteurs fortement associés à l'intensité du baby blues et ultérieurement à la DPP [42]. Ce résultat a été partagé par d'autres études où le stress lié à l'état du nouveau né et à ses soins étaient corrélés à la DPP. Cette constatation est d'autant plus importante que la mère manque de soutien social [43].

CONCLUSION

Les dépressions postnatales sont fréquentes et occupent aujourd'hui le premier rang des complications du postpartum. Ces DPP résultent d'une interaction de plusieurs facteurs d'ordre du biologique, social et psychologique. La relation entre les facteurs de risque est complexe, bien que la prééminence de certains facteurs séparés soit variable selon les individus. Il convient alors de rechercher ces facteurs de risque lors des consultations prénatales et post natales, pour tenter une action préventive primaire.

Le cas échéant, un dépistage systématique, à défaut orienté par la présence de ces facteurs de risque, ou par l'intensité du baby blues permettrait d'organiser une prise en charge globale, en temps opportun, incluant des mesures psychoéducatives, psychothérapeutiques, voire pharmacologiques. Une telle démarche permet de réduire la souffrance maternelle, les conséquences potentielles sur la relation mère-enfant et donc sur le développement psychoaffectif de ce dernier, sur la relation conjugale, voire sur l'équilibre familial.

Références

- Hau Fw, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J Affect Disord* 2003; 75:197-203.
- Joupe J. A propos du post-partum blues. *Ann Med Psychol* 2007; 165:749-67.
- Chabrol H, Coroner N, Rusibane S, Séjourné N. Prévention du blues du post-partum : étude pilote. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:1242-4.
- Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973;122:431-3.
- Teissedre F, Chabrol H. Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du postpartum. *Encephale* 2004; 30:376-81.
- M'Bailara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E et al. Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *Encephale* 2005;31:331-6.
- O'Hara MW. Postpartum depression: identification and measurement in a cross cultural context. In: Cox J, Holden J, editors. *Perinatal psychiatry use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: The Royal college of psychiatrists; 1994. p. 145-68.
- Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114:1325-35.
- Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta psychiatr Scand* 2003; 107:1-10.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurse Res* 2001; 50:275-85. 1
- Mancini F, Carlson C, Albers L. Use of the Postpartum Depression Screening Scale in a collaborative obstetric practice. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:429-34.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2005 ;119:1-8.
- Ahmed HM, Alalaf SK, NG. A-T. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet* 2012;285:1249-55.
- Al Dallal FH, Grant IN. Postnatal depression among Bahraini women: prevalence of symptoms and psychosocial risk factors. *East Mediterr Health J* 2012;18:439-45.
- American Psychiatric Association (ed). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46:1355-73.
- Mc Gill H, Burrows VL, Holland LA, Langer HJ, Sweet MA. Post natal depression: a christchurch study. *N Z Med J* 1995; 162-5.
- Appleby L, Warner R, Whitton A, Fairagher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire. *J Psychosom Res* 1997; 43:351-8.
- Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30:75-80.
- Hays DF. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42:871-89.
- Kumar R, Marks M, Jackson K. Prevention and treatment of post natal psychiatric disorders. *Br J Midwifery* 1995; 3:314-7.
- Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Post natal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997; 171:550-5.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
- Slim R. La dépression du post partum (prévalence et facteurs associés). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie : Université de Médecine de Monastir 2003- 2004.
- Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazi M, Jaoua A. Etude de la prévalence de la dépression du postpartum parmi 213 parturientes Tunisiennes. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:782-7
- Marry L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990; 157:288-90.
- Webster L, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth* 2000; 27: 97-101.
- Azrin NH, Naster BJ, Jones R; Reciprocity counseling: a rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behav Res Ther* 1973; 11: 365-382.
- Wisner KL, Chambers C, Sit DKY. Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA* 2006; 296:2616-8.
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006; 91:97-111.
- Paulson J F, Bazemore S D. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression A Meta-analysis. *JAMA*. 2010; 303:1961-9.
- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012;90:139-49.
- Ben Aicha A. La dépression du post partum : prévalence et facteurs risque (dépistage sur 103 femmes). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie : Université de Médecine de Tunis 2004- 2005.
- Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res* 1999; 46:391-4.
- Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163:27-31.
- Breese J, Beal J. M, Saunders B, Hill EN, Payton M E, Watson GH. Risk Factors for Postpartum Depression : A Retrospective Investigation . *J Reprod Med* 2008. 53: 166-170.
- Akiskal HS. Personality in anxiety disorders. *Psychiatry Psychobiol* 1988; 3: 161- 166.
- Beck CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nurs Res* 1996; 45: 225-30.
- Logsdon MC, Birkimer JC, Usui WM. The link of social support and postpartum depressive symptoms in African - American women with low incomes. *Am J Matern Child Nurs* 2000, 25: 262-266.
- Chahraoui K, Reynaud M, Pinois JM, Bénony H, Bonin B, Gisselmann A. Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées. *Encephale*. 2006; 32:944-52.
- Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47.
- M'Bailara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E et al. Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *Encéphale* 2005 ; 31 ; 3: 331-36.
- O'Hara MW. La dépression du post partum .Les études de l'Iowa. *Devenir* 2001 ; 13 : 7 -20.