

Post-partum

Dépression du post-partum : dépister avant tout !

RÉSUMÉ : La grossesse et le post-partum sont des périodes à risque de survenue d'un trouble psychique. On estime que 10 à 15 % des parturientes développent une dépression du post-partum (DPP). Les facteurs de risque les plus souvent retrouvés sont la primiparité, les antécédents personnels et familiaux de dépression et l'absence de soutien social perçu ou réel.

Les symptômes devant faire soupçonner le développement d'une DPP sont une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur, des plaintes somatiques dont l'asthénie, une labilité émotionnelle et une irritabilité, ainsi que tout trouble psycho-fonctionnel chez l'enfant. On peut évaluer ces symptômes avec l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*.

On recommande un dépistage systématique de la DPP, puis une prise en charge transversale et intégrative. Dans certains cas, on peut également recourir à une hospitalisation conjointe en unité mère-enfant.



J. VERBE¹, C. COUTURIER²,
W. EL-HAGE¹

¹ CHU de Tours, Pôle de Psychiatrie Addictologie, Clinique psychiatrique universitaire, TOURS.

² CHIC Amboise Château-Renault, Unité mère-enfant, Service de Pédopsychiatrie, CHATEAU-RENAULT.

Introduction

La dépression du post-partum (DPP) est une pathologie fréquente dont la première description a été faite par Esquirol au XIX^e siècle.

La grossesse, notamment chez la primipare, peut susciter une crise d'identité maturative s'accompagnant d'un remaniement identitaire, notamment en cas d'antécédents traumatiques, de précarité sociale, d'événements de vie adverses ou de conflits transgénérationnels. La période du post-partum induit chez la mère une phase d'adaptation à un nouveau statut social et familial, et confronte la mère à la réalité de l'enfant attendu [1].

Les semaines suivant l'accouchement sont fortement à risque de survenue d'un trouble psychique [2]. Dans les 6 premiers mois du post-partum, le risque de décompensation psychiatrique est 4 fois plus élevé par rapport au risque durant la grossesse [3].

Les complications psychiatriques les plus fréquentes du post-partum sont le

blues du post-partum, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression du post-partum et la psychose puerpérale [4]. La dépression du post-partum est le trouble psychiatrique qui survient le plus à distance de l'accouchement (4 à 6 semaines), ce qui explique pourquoi les pédiatres, généralistes, puéricultrices et obstétriciens sont les professionnels en première ligne.

1. Blues du post-partum ou baby blues

Il s'agit de manifestations dysphoriques brèves et bénignes, qui apparaissent généralement autour du 3^e jour pour disparaître spontanément au plus tard autour du 9^e jour. Ce *baby blues* concerne environ 50 % des accouchées (30-70 %) et est concomitant à la montée laiteuse [1].

2. Trouble de stress post-traumatique

L'accouchement peut être vécu comme une expérience traumatique chez 1/3 des parturientes ou l'occasion d'une réactivation d'antécédents traumatiques. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) répond aux critères

Post-partum

diagnostiques classiques énoncés dans le DSM-5 (répétition, évitement persistant, altérations négatives des cognitions et de l'humeur, altérations marquées de l'éveil et de la réactivité) [5]. Le risque de développer un TSPT est plus élevé chez les primipares, en cas de vécu négatif de l'accouchement, d'antécédents obstétricaux, d'isolement social, de personnalité dépendante et d'un haut niveau d'anxiété au décours de l'accouchement [6].

3. Dépression du post-partum

C'est le trouble psychiatrique postnatal le plus fréquent (10-15 %) et qui survient le plus à distance de l'accouchement (4 à 6 semaines). Ses critères diagnostiques sont ceux de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) avec un début dans le péri-partum. Le DSM-5 précise qu'un épisode thymique peut débuter soit pendant la grossesse, soit pendant les 4 semaines suivant l'accouchement, d'où le terme de péri-partum. La CIM-10 reconnaît un délai de 6 semaines suivant l'accouchement. Les études admettent généralement un délai d'un an après l'accouchement pour établir le diagnostic. Il existe deux pics de fréquence des DPP, à 10 semaines puis à 9 mois [1].

4. Psychose puerpérale

Il s'agit de symptômes psychotiques d'apparition brutale 2 semaines après l'accouchement, concernant 1-2 pour 1 000 naissances. Il s'agit d'un trouble psychotique bref, pour lequel on peut préciser le début lors du péri-partum. Le délire est en général organisé autour de l'enfant, avec des thématiques de filiation ou mystiques. Dans les formes sévères, il peut exister des commandes hallucinatoires de tuer l'enfant avec un risque élevé d'infanticide, voire de suicide altruiste [1].

Épidémiologie de la DPP

La moitié des EDC du péri-partum débutent avant l'accouchement. Chez

les femmes ayant un antécédent d'EDC, le risque de décompensation dépressive dans le post-partum est estimé entre 25 et 50 % [7]. En cas d'EDC d'intensité sévère avec caractéristiques psychotiques, le risque de récurrence est très élevé lors d'une grossesse ultérieure sur le même mode [8]. Si 10-15 % des femmes remplissent les critères d'un EDC, 20-25 % présentent une symptomatologie dépressive dont l'intensité ne permet pas de poser le diagnostic mais qui impacte fortement le quotidien de ces patientes.

Les épisodes thymiques (dépressifs ou maniaques) du post-partum avec caractéristiques psychotiques semblent survenir au cours d'un accouchement sur 500-1 000 et seraient plus fréquents chez les primipares. Le risque de récurrence d'un épisode avec caractéristiques psychotiques est de 30-50 % pour chaque grossesse ultérieure.

Le risque d'admission en psychiatrie est multiplié par 35 après la naissance, surtout chez les primipares, avec une diminution progressive du risque dans les mois suivant la naissance, sans pour autant revenir à la ligne de base [3].

Facteurs de risque

Les facteurs de risque de développer une DPP diffèrent en fonction des études.

Faibles	Modérés	Modérés à élevés	Élevés
<ul style="list-style-type: none"> ● Antécédent familial de trouble psychiatrique ● Prématurité et faible poids de naissance du bébé 	<ul style="list-style-type: none"> ● Faible statut socio-économique ● Fonctionnement névrotique ● Abus de substances ● Multiparité ● Grossesse multiple ● Maladie chronique 	<ul style="list-style-type: none"> ● Événements de vie stressants ● Faible soutien social ● Faible soutien du compagnon et difficultés conjugales ● Immigration ● Dépression pendant la grossesse ● Antécédent de dépression 	<ul style="list-style-type: none"> ● Violence domestique ● Antécédent de mauvais traitements et d'abus sexuels, notamment dans l'enfance

Tableau 1 : Facteurs de risque d'une DPP (d'après [9]).

Les principaux facteurs de risque retrouvés d'une admission en psychiatrie sont le célibat, la primiparité, un accouchement par césarienne, le décès périnatal de l'enfant et les antécédents d'un trouble de l'humeur. Les adolescentes et femmes immigrées seraient également plus à risque.

Bydlowski *et al.* [9] ont établi une classification des facteurs de risque en 4 catégories (**tableau 1**). Cependant, il arrive également qu'aucun facteur de risque ne soit retrouvé, d'où l'importance d'une évaluation universelle de l'humeur.

Diagnostic et examens complémentaires

Il est difficile de suspecter la présence d'un syndrome dépressif chez les jeunes accouchées, de par leur fréquente réticence à évoquer des symptômes qui leur semblent anormaux et leur crainte de passer pour une mauvaise mère.

De plus, il existe des manifestations anxieuses physiologiques associées aux remaniements biologiques et psychologiques de la période périnatale; les symptômes dépressifs se confondent alors avec les manifestations fonctionnelles de cette période (troubles du sommeil, fatigabilité, modification de l'appétit, modification de la libido...). La reconnaissance du trouble dépressif passe

souvent par l'identification d'une rupture avec le fonctionnement antérieur, source d'une souffrance significative.

Le point d'appel peut également porter sur la présence de troubles psycho-fonctionnels chez l'enfant (pleurs incoercibles, troubles de l'alimentation, perte de poids ou mauvaise prise de poids...), ce qui permet d'alerter sur la souffrance de la dyade mère-enfant.

Plusieurs questionnaires permettent d'aider à évaluer la présence de symptômes dépressifs chez les mères. L'instrument de dépistage le plus utilisé en routine est l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* ou EPDS [10, 11], composé de 7 items concernant les symptômes dépressifs et 3 concernant l'anxiété. En cas de score supérieur à 13, une évaluation clinique spécialisée et une prise en charge sont nécessaires [4]. L'EPDS peut être administré en prénatal ou en postnatal et tient moins compte des symptômes somatiques.

D'autres auto-questionnaires d'administration rapide sont disponibles comme le *2-questions instrument* (2QI), le PHQ2 (*Patient Health Questionnaire* 2) et la PDSS (*Post-partum Depression Screening*).

- Le 2QI permet l'identification de la dépression en soins primaires. Dès lors que l'une ou l'autre des questions a un score positif, cela signifie qu'il y a un risque de DPP.
- Le PHQ2 évalue à l'aide de 2 items l'humeur dépressive et l'anhédonie. La notation reflète la fréquence des symptômes durant les deux dernières semaines. Le total varie de 0 à 6 points et le seuil est fixé à 3.
- Le PDSS peut servir au dépistage initial. Il est composé de 7 items et le seuil est fixé à 14.

Il existe une variable temporelle dans la clinique de la DPP ; la présentation et la

sévérité sont différentes en fonction de sa survenue de manière précoce ou tardive.

>>> La "DPP précoce", dont les premiers symptômes surviennent durant le premier mois du post-partum, est le plus souvent semblable à un EDC. La triade symptomatique retrouvée est une humeur dépressive associée à un ralentissement psychomoteur et des signes somatiques (asthénie matinale, modification de l'appétit et du sommeil, plaintes somatiques multiples).

>>> On parle de "DPP tardive" quand les premiers symptômes surviennent entre le 2^e et le 12^e mois. La clinique est moins caractérisée, le plus souvent d'intensité modérée et d'évolution traînante ; on parle alors de dépression atypique du post-partum [12]. On y retrouve généralement une dysphorie modérée avec labilité émotionnelle et une asthénie importante sans ralentissement manifeste, une irritabilité importante envers les membres de la famille ; la plainte de la mère est centrée sur la lassitude physique qui l'empêche de répondre au mieux aux besoins du bébé, ce qui provoque un sentiment de culpabilité et de mésestime de soi. Les troubles du sommeil prédominent sur l'endormissement sans réveil précoce en général.

Il est primordial d'éliminer les diagnostics différentiels devant toute symptomatologie délirante ou confusionnelle associée, par un bilan biologique, une imagerie cérébrale, voire une ponction lombaire en fonction de la clinique.

■ Prise en charge

1. Prévenir

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) recommande depuis 2016 un entretien clinique de dépistage à la consultation initiale du post-partum [13]. On peut aussi considérer qu'il existe 4 opportunités pour dépister et prévenir : l'éven-

tuelle consultation préconceptionnelle, les consultations du suivi de la grossesse, 3 et 7 mois en particulier [14], puis la période du post-partum. Cet entretien doit comporter une évaluation psychosociale du bien-être maternel, du stress, de l'environnement, des relations avec la famille et les proches. Durant cette évaluation, il faut en particulier aborder la question de potentielles violences.

La santé mentale est le domaine le plus négligé en gynécologie-obstétrique. Pourtant, le bien-être maternel est déterminant, tant pour la mère que pour l'enfant. En effet, le stress prénatal est associé à plus d'hypotrophie fœtale, de prématurité et d'hypertension ; il augmente également les troubles du développement de l'enfant qu'ils soient émotionnels, comportementaux ou cognitifs. On parle de phénomène de programmation fœtale : il s'agit de l'impact que l'environnement *in utero* exerce sur le développement du fœtus et de l'enfant à long terme. L'environnement *in utero* est régulé par le placenta, et il semble de plus en plus certain que le placenta soit particulièrement sensible au stress maternel et une cible privilégiée de dysrégulation épigénétique.

2. Prendre en charge

L'approche recommandée est transversale et intégrative ; l'abord est psychothérapeutique, associé éventuellement à un traitement médicamenteux et à la participation à un groupe de parole. On cumule les moyens communautaires, paramédicaux, médicaux et sociaux [15].

Les antidépresseurs sont souvent suspectés de provoquer des accouchements prématurés, une hypotrophie, voire des malformations. Selon Grigoriadis *et al.* [16], les antidépresseurs ne sont pas associés à un risque supérieur de malformations congénitales, mais à un risque de malformations cardiovasculaires. Selon Toh *et al.* [17], les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) pris en fin de grossesse sont associés à un risque accru d'hypotrophie,

Post-partum

POINTS FORTS

- Il est recommandé d'utiliser un questionnaire pour le dépistage de la dépression du post-partum.
- Le dépistage systématique permet de repérer un maximum de femmes atteintes et de déstigmatiser le trouble.
- Importance de l'information et de la sensibilisation tant du grand public que des professionnels de santé.
- Trois moments privilégiés : consultations du M3, du M7 et du post-partum.
- En cas de dépistage positif, demander une consultation spécialisée (psychiatre).

les non-ISRS sont associés à un risque augmenté d'accouchement prématuré et d'hypotrophie ; mais tout en sachant que la dépression elle-même accroît le risque d'hypotrophie et de prématurité.

Ainsi, en cas de nécessité d'un médicament antidépresseur, le choix doit tenir compte de la sévérité de la dépression, des antécédents de la patiente (préférer le même traitement en cas d'antécédent de réponse positive à ce traitement), des effets secondaires de la molécule et des éventuelles contre-indications (en particulier l'allaitement). Sauf cas particulier, en première intention on prescrira un ISRS. Le délai d'action est compris entre 2 et 4 semaines, avec une possibilité d'amélioration parfois plus précoce de certains symptômes, comme l'anxiété et le sommeil. Pour une réponse thérapeutique complète, le délai est de 6 à 8 semaines. Selon les recommandations de l'Afssaps, il importe de respecter après rémission une phase de consolidation de 16 à 20 semaines. Au total, il faut compter en général 6 mois de traitement. La co-prescription d'un anxiolytique et/ou d'un hypnotique n'est pas systématique ; on peut l'envisager en début de traitement si l'insomnie et/ou l'anxiété sont au premier plan et invalidantes [8].

En cas de caractéristiques psychotiques, on conseille de privilégier les

antipsychotiques atypiques et d'éviter les neuroleptiques de première génération qui ont des effets indésirables sur le tonus maternel et donc provoquent un mauvais ajustement de la mère à son bébé, ainsi qu'un émoussement affectif.

3. Unités mère-enfant (UME)

L'hospitalisation conjointe a pour but d'éviter la séparation entre l'enfant et sa mère lorsque l'état de celle-ci nécessite des soins en milieu hospitalier. L'hospitalisation permet de redonner à la mère la confiance en ses capacités envers son enfant, malgré ses troubles.

Les UME d'hospitalisation à temps plein se sont tout d'abord développées à partir des années 1950 avec Douglas & Baker en Grande-Bretagne puis Racamier en France. Les premières unités hospitalières mère-bébé (UHMB) sont apparues en France en 1979, à Créteil. Actuellement, on compte en France un total d'environ 120 à 150 lits et berceaux de répartition géographique inégale (cf. site de la société Marcé Francophone). Pour beaucoup d'auteurs et de praticiens, ce nombre est insuffisant (767 000 naissances en 2017 selon l'INSEE).

Les objectifs de soins sont la prise en charge de la pathologie maternelle et de ses conséquences sur la paren-

talité, l'évaluation des compétences maternelles et des interactions, la prévention et l'évaluation du risque pour l'enfant. Elle permet également de prendre en compte la place du père car les troubles de la mère ont souvent une répercussion sur son conjoint. Il est même possible dans certaines unités (Marseille) de l'hospitaliser avec la mère et l'enfant.

Les indications classiques à l'hospitalisation sont une pathologie psychiatrique chronique, un trouble grave de la personnalité, un état déficitaire, un précédent épisode puerpéral, ou une décompensation psychique maternelle aiguë (psychose puerpérale, dépression postnatale sévère, troubles anxieux envahissants) ou des dysfonctionnements interactifs précoces majeurs survenant dans les premières semaines ou premiers mois qui suivent l'accouchement.

La plupart des unités en France refusent de poser une mesure de contrainte sur la mère ; et si la patiente est transférée d'un service où elle était hospitalisée sous contrainte, la plupart du temps cette mesure est levée à l'admission en UHMB. Il est cependant possible d'effectuer un signalement au juge pour assurer la sécurité et le bien-être du bébé ; certains enfants peuvent aussi être placés sur ordonnance de placement provisoire lors de l'hospitalisation [18].

■ Pronostic

Les enjeux pronostiques sont doubles et concernent à la fois la mère et l'enfant. Pour la mère, la DPP est tout d'abord une cause de décès par suicide ; la DPP peut également entraîner des complications obstétricales et la survenue de comorbidités psychiatriques ; par ailleurs, c'est un risque de difficultés relationnelles avec l'enfant et avec la famille. Pour l'enfant, en plus du risque de devenir orphelin de mère, il est susceptible de développer un trouble de l'attachement [19].

La morbidité maternelle périnatale a considérablement diminué depuis 1848 sur le plan somatique, mais est restée constante sur le plan psychiatrique. Selon une étude de Oates [20], le suicide représente 1/3 des décès maternels et la maternité n'a pas d'effet protecteur face au suicide. Ces données soulignent l'importance de prévenir, dépister et soigner la DPP.

Le profil évolutif dépend de la symptomatologie ; alors qu'un trouble de l'adaptation avec état dépressif a une durée de 3 à 4 semaines, la DPP est d'évolution moins favorable. À 1 an, 50 % des femmes présentent toujours une symptomatologie dépressive résiduelle tandis que les 50 % restants ont une dépression résolutive en 3-6 mois. Le risque global de récurrence lors d'une grossesse suivante est élevé (25-30 %). Le risque de récurrence à long terme, hors grossesse, rejoint l'évolution habituelle des dépressions, soit environ 50 % de récurrence. Certaines dépressions postnatales peuvent évoluer vers une dysthymie de symptomatologie modérée et de durée supérieure à 2 ans [6].

■ Conclusion

La DPP est une pathologie fréquente qui peut avoir des conséquences majeures tant pour la mère que pour l'enfant, sans parler de la famille et des proches. Le dépistage à l'aide de questionnaires reste une pratique non systématique au cours du suivi de la femme enceinte et nombreuses sont les patientes qui ne sont diagnostiquées qu'à un stade avancé de la maladie, voire ne le sont pas.

Dans la prise en charge de la DPP, il faut penser précocité, cohérence et continuité ; c'est-à-dire assurer un diagnostic précoce en formant les professionnels de la femme enceinte et de la petite enfance au dépistage, assurer la cohérence des soins par l'articulation des soins de la mère (psychiatrie adulte) et des soins de la relation mère-bébé (pédopsychiatrie)

tout en assurant un étayage par des temps de rencontre entre professionnels (PMI).

BIBLIOGRAPHIE

1. AGBOKOU C, FERRERI F, NUSS P *et al.* Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC Psychiatrie*, 2011;37-170-A-30. Available from: <http://www.em-premium.com.proxy.scd.univ-tours.fr/article/299633>
2. O'HARA MW, McCABE JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 2013;9:379-407.
3. KENDELL RE, CHALMERS JC, PLATZ C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry J Ment Sci*, 1987;150:662-673.
4. HOLT WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. *N Z Med J*, 1995;108:57-59.
5. LAPP LK, AGBOKOU C, PERETTI CS *et al.* Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 2010;31:113-122.
6. MONTMASSON H, BERTRAND P, PERROTIN F *et al.* [Predictors of postpartum post-traumatic stress disorder in primiparous mothers]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2012;41:553-560.
7. WISNER KL, PEREL JM, PEINDL KS *et al.* Prevention of Recurrent Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Psychiatry*, 2001;62:82-86.
8. COHEN LS. Pharmacologic treatment of depression in women: PMS, pregnancy, and the postpartum period. *Depress Anxiety*, 1998;8 Suppl 1:18-26.
9. BYDŁOWSKI S. [Postpartum psychological disorders: Screening and prevention after birth. Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2015;44:1152-1156.
10. COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 1987;150:782-786.
11. The Royal College of psychiatrists : UK, Cox J, Holden J, Henscaw C. Perinatal mental health : the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) manual, 2014.
12. PITT B. "Atypical" Depression Following Childbirth. *Br J Psychiatry*, 1968;114:1325-1335.
13. SÉNAT MV, SENTILHES L, BATTUT A *et al.* Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2016;202:1-8.
14. GLOVER V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014;28:25-35.
15. GURUNG B, JACKSON LJ, MONAHAN M *et al.* Identifying and assessing the benefits of interventions for postnatal depression: a systematic review of economic evaluations. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet], 2018;18:179. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5963067/>
16. GRIGORIADIS S, VONDERPORTEN EH, MAMISASHVILI L *et al.* Antidepressant Exposure During Pregnancy and Congenital Malformations: Is There an Association? A Systematic Review and Meta-Analysis of the Best Evidence. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:293-308.
17. TOH S, MITCHELL AA, LOUIK C *et al.* Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Preterm Delivery and Fetal Growth Restriction. *J Clin Psychopharmacol*, 2009;29:555-560.
18. DAGENS V, CHARDEAU P. Unités d'hospitalisation temps plein mère-enfant en psychiatrie périnatale. *EMC*, 2017, 172 (14-4):1-11. Available from: <http://www.em-premium.com.proxy.scd.univ-tours.fr/article/1124968>
19. DELAVARI M, MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI S, MIRGHAFOURVAND M. The Relationship of Maternal-Fetal Attachment and Postpartum Depression: A Longitudinal Study. *Arch Psychiatr Nurs*, 2018;32:263-267.
20. OATES M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry J Ment Sci*, 2003;183:279-281.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.