

# Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ?

Article de M. Righetti-Veltema N. Nanzer E. Conne-Perréard J. Manzano F. Palacio-Espasa

La dépression postpartum (DPP) reste à ce jour une pathologie trop souvent banalisée ou méconnue par la population fréquemment mal informée. De fait, il s'agit d'un important problème de santé publique puisqu'il touche plus d'une nouvelle mère sur dix sans que cette pathologie soit diagnostiquée ni donc traitée. Or les conséquences de la DPP peuvent être graves pour la mère et pour l'enfant avec des répercussions sur son développement. Depuis plusieurs années, une équipe genevoise de pédopsychiatres s'est penchée sur ce problème et a élaboré un questionnaire permettant de dépister les femmes enceintes à risque de développer ultérieurement une DPP. Une méthode préventive de psychothérapie dynamique brève est actuellement à l'étude auprès des femmes enceintes dépistées avec la collaboration du groupement des gynécologues-obstétriciens genevois.

## La dépression postpartum, une pathologie encore trop souvent méconnue

La dépression postpartum (DPP), entité psychopathologique déjà bien étudiée, survient chez 10 à 18% des nouvelles mères dans l'année qui suit leur accouchement. Taaffe McLearn<sup>1</sup> a constaté la présence de symptômes dépressifs chez 17,8% des 4874 nouvelles mères interviewées. Ces femmes restent à haut risque de récurrence durant les cinq ans qui suivent si elles ne reçoivent pas d'aide thérapeutique.<sup>2</sup> Les symptômes de la DPP ne sont pas fondamentalement différents de ceux d'une dépression en dehors de la période puerpérale : fatigue, anhédonie, irritabilité, labilité émotionnelle, pleurs, troubles du sommeil et de l'appétit, parfois idées suicidaires pouvant inclure l'enfant. Mais ils prennent une coloration particulière due à la présence du nouveau-né. La mère est particulièrement vulnérable à ce moment-là. En effet, la maternité implique une très grande responsabilité ainsi qu'un investissement affectif authentique total nécessitant de réagir avec sa sensibilité profonde.

La DPP se présente souvent comme un état dépressif masqué, dont les symptômes non bruyants ne dérangent pas l'entourage qui ne les identifie donc pas comme des signes de dépression. Il en est tout autrement des décompensations dépressives graves ou états psychotiques qui, en raison de leurs symptômes très visibles, inquiètent rapidement les proches : états mélancoliques, délires, idées suicidaires, infanticide. Les symptômes ignorés ou banalisés de la DPP peuvent être confondus avec un excès de fatigue dû à l'accouchement, à l'allaitement ou aux nouveaux rythmes de vie provoqués par l'arrivée du bébé. Nous pouvons constater les mêmes difficultés pour reconnaître cette psychopathologie chez les professionnels de la santé. Le manque d'information n'est pas seul en cause ; traditionnellement, la naissance d'un enfant est un événement heureux, un signe d'accomplissement et de réussite. Cette forte croyance populaire peut provoquer des sentiments de culpabilité, de honte et d'autodévalorisation chez la nouvelle mère qui se sent déprimée. Elle est alors souvent persuadée d'être une mauvaise mère, incapable d'avoir du plaisir avec son bébé et incapable d'apporter ce dont il a besoin. Elle n'ose pas en parler, croyant que personne ne pourra la comprendre. La non-reconnaissance de la pathologie implique une absence de prise en charge thérapeutique.

Une étude effectuée sur 570 femmes enceintes à la Maternité des HUG<sup>3</sup> a montré que 58 d'entre elles (10,2%) ont présenté une symptomatologie dépressive. Cependant lorsqu'elles ont été interrogées à trois et à dix-huit mois, aucune d'entre elles n'avait consulté de psychiatre.

## Effets délétères de la dépression postpartum

La dépression implique un repli sur soi, toute l'énergie de la patiente étant mobilisée à tenter de surmonter les angoisses dépressives. Or durant les premiers mois de sa vie, le développement affectif et physiologique du bébé dépend étroitement des échanges qu'il pourra développer avec son environnement proche. Confronté à une mère chroniquement déprimée et peu réactive, le bébé réagit en développant différents symptômes : troubles fonctionnels pouvant toucher l'alimentation ou le sommeil, trouble de l'attachement, état dépressif. Si la dépression maternelle et les difficultés relationnelles persistent, le développement de l'enfant peut être touché : retards psychomoteur, cognitif, ainsi que des fonctions symboliques et des capacités de communication. Le tableau extrême est celui du trouble envahissant du développement ou du trouble autistique.

Les résultats de l'étude effectuée à Genève <sup>4,5</sup> concernant la relation mère-enfant et le développement de ce dernier, sont résumés dans les **tableaux 1** et **2**. Ils montrent bien l'impact négatif à 3 et à 18 mois de la DPP maternelle. La mère peut assurer correctement les soins courants à son bébé, mais la qualité de son maternage et le niveau des échanges affectifs sont affectés.

De nombreuses études <sup>1,6,7</sup> ont confirmé l'augmentation de la prévalence des troubles fonctionnels et plus tard psychiatriques, chez les enfants de parents déprimés.

**Tableau 1. Résultats observés à trois mois postpartum**  
( $p < 0,05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$ ;  $p < 0,001^{***}$ ).

	P	Déprimées (n = 58)	Non déprimées (n = 512)
<b>Enfant</b>			
- Troubles d'alimentation	***	29,3%	9%
- Pleurs excessifs	***	25,9%	10,9%
- Troubles du sommeil	**	32,8%	17,6%
<b>Mère</b>			
- Seules, non comprises	***	65,5%	17,1%
- N'exprime pas de plaisir avec l'enfant	***	10,7%	2,1%
- Maladroite	**	10,9%	2,9%
- > 10 consultations chez le pédiatre	***	12,3%	2,7%
- Allaitement	*	34,4%	51,5%
<b>Relation mère-enfant</b>			
- Echanges visuels diminués	***	32,7%	11,0%
- Echanges vocaux diminués	**	27,3%	11,0%
- Sourires diminués	*	23,6%	13,6%

**Tableau 2. Résultats à dix-huit mois postpartum**  
( $p < 0,05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$ ;  $p < 0,001^{***}$ )

1) Le test de la «Situation étrange» (Ainsworth<sup>23</sup>) permet de qualifier les capacités d'attachement de l'enfant.  
2) Il s'agit de la théorie de l'acquisition de la notion de la permanence de l'objet élaborée par J. Piaget.<sup>24</sup> Uzgiris<sup>25</sup> en a tiré un test standardisé. Cette notion est normalement acquise entre 16 et 22 mois.

	P	Déprimées à 3 mois	Non déprimées à 3 mois
<b>Test d'attachement selon Ainsworth<sup>1</sup></b>			
<b>Evitement</b>			
- De la mère		60,0%	20,0%
- Du médecin		42,9%	31,4%
<b>Attachement évitant</b>			
Attachement évitant	***	60,0%	20,0%
Attachement sûr	**	11,4%	42,9%
<b>Permanence de l'objet (Uzgiris-Piaget)<sup>2</sup></b>			
Acquise	***	42,9%	77,1%
<b>Relation mère-enfant</b>			
- Echanges vocaux présents	**	17,1%	42,9%
- Sourires présents	**	20,0%	48,6%

dépistage anténatal des femmes à risque de dpp

Ces dernières années, plusieurs équipes ont tenté de dépister, durant la grossesse déjà, les femmes à risque de développer une DPP, en identifiant des facteurs de risque à haute valeur prédictive.<sup>8-11</sup> Notre première recherche a permis la construction d'un questionnaire en français, validé ensuite sur une seconde population de 816 femmes enceintes au cours d'une deuxième étude multicentrique effectuée à Yverdon, Paris et Bilbao.<sup>12</sup>

Nous avons observé que 65,5% des 58 femmes avec symptômes dépressifs durant le postpartum avaient souffert, durant la grossesse déjà, d'une thymie dépressive.<sup>13</sup> Par ailleurs, le risque de devenir déprimée est multiplié par 10 si la femme appartient à une catégorie socioprofessionnelle inférieure, et par 66 si elle est seule avec son enfant.

Le questionnaire comprend dix questions (tableau 3) regroupées sous la forme d'un outil simple utilisable par des professionnels non spécialisés en psychiatrie afin de permettre son emploi à large échelle durant la grossesse.

**Tableau 3. Les six questions de l'échelle et les questions supplémentaires**

Questions de l'échelle, partie A

1. Avez-vous des démangeaisons ?
2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?
3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?
4. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?
5. Avez-vous un sentiment de solitude ?
6. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?

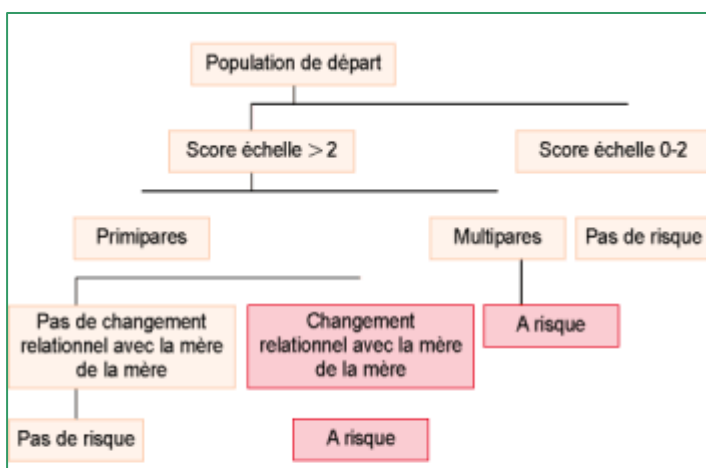
Questions complémentaires de la partie B lors d'un dépistage ciblé

1. Parité
2. Qualité de la relation avec la mère de la patiente depuis qu'elle est enceinte (pour les primipares uniquement)

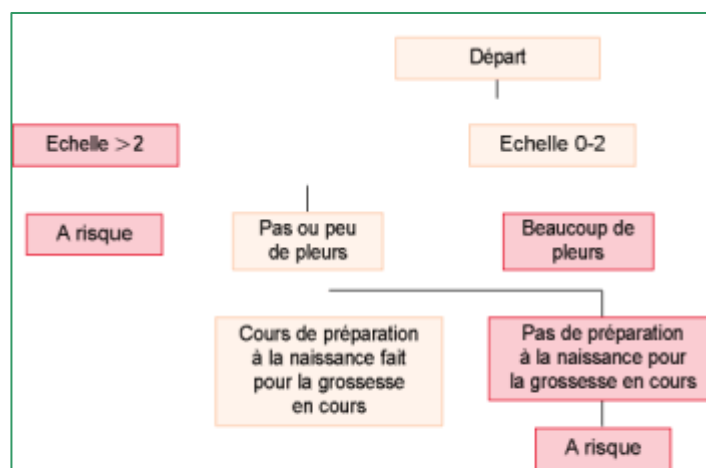
Questions complémentaires de la partie B lors d'un dépistage large

1. Pleurez-vous facilement ?
2. Avez-vous ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance pour cette grossesse ?

Il présente plusieurs stratégies de dépistage, selon que l'on désire effectuer un dépistage large ou ciblé (figures 1 et 2). Le choix peut se faire en fonction des critères de sensibilité et de spécificité retenus, tout en tenant compte de sa propre appréciation de la situation globale de la femme enceinte. Les différentes valeurs statistiques se trouvent regroupées dans le tableau 4.



**Figure 1. Arbre décisionnel pour le dépistage ciblé des femmes à risque de DPP**  
En fonction des six premières questions de l'échelle avec une question complémentaire pour les femmes primipares.



**Figure 2. Arbre décisionnel pour le dépistage large des femmes à risque de DPP**  
Echelle et deux questions complémentaires.

**Tableau 4. Valeurs statistiques**

Lors de l'étape de construction du questionnaire de dépistage sur une population de 570 femmes enceintes ainsi que lors de sa validation sur 816 femmes enceintes.

	Construction		Validation	
	Dépistage ciblé	Dépistage large	Dépistage ciblé	Dépistage large
Sensibilité	63,8	84,5	36,5	44,6
Spécificité	91	73	92	83,4
Valeur prédictive +	44,6	26,2	31,4	20,8
Valeur prédictive -	95,7	97,7	93,6	93,8

- Sensibilité : proportion de sujets déprimés dans le PP qui ont été dépistés + dans le prépartum.
- Spécificité : proportion de sujets non déprimés dans le PP qui ont été dépistés - dans le prépartum.
- Valeur prédictive + : proportion de sujets dépistés + et qui ont effectivement développé une DPP. Correspond au risque de développer une DPP chez un sujet dépisté comme +
- Valeur prédictive - : proportion de sujets dépistés - et qui n'ont effectivement pas développé de DPP.

Dans le cas d'un dépistage ciblé, la valeur prédictive permet d'affirmer qu'il faudra traiter préventivement deux à trois femmes enceintes dépistées pour éviter ultérieurement un cas de DPP.

La détection très précoce du risque de DPP présente de nombreux avantages ; cependant, elle implique aussi de ne pas pouvoir tenir compte d'importants facteurs survenant dans la période de l'accouchement. Nous savons par exemple qu'une séparation précoce entre la mère et son nouveau-né constitue un facteur de risque. Il n'est par contre pas démontré que les complications médicales concernant le bébé en constituent un. Au contraire, l'étude de Genève montre une baisse du risque chez les mères de ces enfants.

Ceci pourrait être dû à une meilleure prise en charge psychologique de la mère lorsque l'enfant présente un problème médical, ainsi qu'à un retour à domicile plus tardif.

## Traitement de la dépression pré- et postpartum

Nous abordons ici le traitement de la dépression survenant tant dans le pré- que dans le postpartum, ces deux entités ayant souvent les mêmes caractéristiques psychopathologiques bien qu'elles puissent intervenir indépendamment l'une de l'autre. Les modalités de traitement de cette pathologie ne diffèrent que peu des possibilités de traitement des autres types de dépression.<sup>14,15</sup> Cependant, l'approche médicamenteuse est plus délicate et compliquée durant la grossesse et pendant la période d'allaitement. Un traitement antidépresseur est contre-indiqué durant les trois premiers mois de gestation. Ultérieurement les avis divergent ; il s'agit de mettre en balance les risques liés à la dépression et ceux du médicament. Un syndrome de sevrage a été trouvé chez 30% des 60 nouveau-nés exposés in utero à des antidépresseurs (ISRS) à des doses moyennes.<sup>16</sup>

La psychothérapie présente plusieurs avantages. Elle ne provoque aucune toxicité pour le fœtus ou le nouveau-né et elle est particulièrement efficace dans le pré- et le postpartum. En effet, la perméabilité psychique particulière de la femme durant cette période permet une évolution rapidement favorable d'anciens conflits internes non résolus, souvent réactivés avec l'arrivée d'un enfant et source de l'état dépressif. Il est à noter que la notion qu'une grossesse pourrait protéger la femme enceinte contre une rechute dépressive est fautive.<sup>17</sup>

## prévention de la DPP

Vu l'importance des effets délétères de la DPP ainsi que les difficultés de prise en charge, il est à ce jour essentiel de concentrer nos efforts sur la prévention. Les travaux concernant ce sujet sont peu nombreux et présentent le plus souvent des interventions type groupes de soutien ou des prises en charge psychosociales.<sup>18,19</sup> A Genève, notre équipe de pédopsychiatres travaille depuis quelques années à l'étude de l'effet préventif d'une nouvelle forme de psychothérapie brève effectuée déjà durant la grossesse chez des femmes à risque pour une DPP. Cette méthode se base sur la technique des consultations mère-bébé élaborée par Cramer<sup>20</sup> puis reconceptualisée par Palacio-Espasa<sup>21</sup> et Manzano<sup>22</sup>. Elle consiste en quatre entretiens, dont deux ont lieu avant l'accouchement. Elle permet de travailler très tôt sur la possible conflictualité parentale c'est-à-dire

la nature des identifications avec leur propre mère et les craintes souvent inconscientes concernant leur enfant à venir. Ces éléments font que l'accès à la parentalité constitue un facteur important dans le déclenchement de la future dépression.

Une étude pilote s'est déroulée en deux phases, une première à la Maternité de Genève et une deuxième encore en cours, en collaboration avec le groupement des gynécologues-obstétriciens genevois. Les premiers résultats sont très positifs. Nous sommes frappés par l'enthousiasme des femmes enceintes quant à leur désir de collaborer. Toutes les femmes interrogées (avec ou sans risque de DPP) ont montré un réel intérêt à partager leur vécu personnel autour de ce moment particulier de la grossesse ; beaucoup ont verbalisé un sentiment de manque d'information au sujet de la DPP. Les femmes à risque ayant déjà bénéficié des séances psychothérapeutiques ont spontanément verbalisé un sentiment de soulagement et de reconnaissance quant à cette prise en charge. La forte alliance thérapeutique établie au cours de ces entretiens suggère qu'elles pourront très facilement demander de l'aide dans le cas où la survenue d'une DPP n'aurait pas pu être évitée. Cela s'est avéré être également le cas avec deux femmes dont le questionnaire de dépistage s'était révélé négatif mais qui ont par la suite senti arriver les premiers signes de dépression. Sensibilisées au sujet, elles ont spontanément contacté l'équipe de recherche afin d'être dirigées vers un psychiatre. Lors du dépistage, quelques femmes présentant une dépression avérée ont pu rapidement recevoir une aide psychothérapeutique.

Pour illustrer le travail de psychothérapie brève, nous présentons un exemple clinique dans l'encadré.

### **Exemple clinique d'une prise en charge psychothérapeutique préventive brève.**

Madame A. a un peu plus de 30 ans et se trouve au cinquième mois de grossesse d'un enfant très désiré par le couple. Tous deux travaillent à plein temps, et d'un commun accord, ils ont pris la décision qu'elle diminuerait son travail à mi-temps dès qu'ils auront un enfant. Au fur et à mesure que la grossesse avance, M<sup>me</sup> A. se sent plus triste alors qu'il n'y a pas de problème apparent ni de complications physiques.

Durant deux entretiens, le passé infantile de M<sup>me</sup> A. a été exploré. Elle est l'aînée de trois enfants avec des parents travaillant tous deux à plein temps. Elle garde des souvenirs pénibles de son enfance car sa mère était souvent absente pour son travail pendant plusieurs jours ou semaines. Elle se sentait alors responsable de la fratrie, ce dont elle garde un souvenir douloureux. Malgré un bon rapport avec son père, également très occupé par son travail, elle n'arrivait pas à suppléer ses sentiments d'insécurité. Une hypothèse lui est alors formulée : au moment de devenir elle-même mère, elle paraît s'adresser à elle-même les reproches qu'elle n'a jamais osé formuler à sa propre mère, raison pour laquelle elle est si perfectionniste pour tout ce qui concerne sa grossesse. Toutefois, ces énormes exigences envers elle-même et autoreproches peuvent contribuer à la rendre triste. Cette interprétation formulée à la fin du premier entretien a eu un effet très libérateur. Il est possible qu'elle ait correspondu à quelque chose que M<sup>me</sup> A. avait toujours pressenti mais qu'elle n'arrivait pas à formuler et qui la culpabilisait. Elle a terminé cette première séance en amenant moult détails concernant son ressentiment par rapport à sa mère ; elle se rend compte qu'elle s'en veut également à elle-même à son insu.

Pendant la deuxième séance deux semaines plus tard, ces changements d'humeur ont été consolidés. Elle se sent encore très perfectionniste, ce qu'elle a toujours été, mais elle dort bien et n'est plus triste ; elle envisage avec optimisme l'arrivée de son enfant.

Après la naissance de sa fille, qui s'est déroulée sans souci, M<sup>me</sup> A. a encore été vue deux fois à un mois d'intervalle. Bien qu'elle soit encore perfectionniste pour l'allaitement ainsi que pour la reprise de son travail à 50%, elle se sent bien, sans signe de DPP.

## conclusion

La DPP constitue un problème majeur de santé publique puisqu'elle touche plus d'une nouvelle mère sur dix. Les nombreuses recherches concernant les effets délétères de la DPP sur le très jeune enfant montrent bien l'importance d'une relation précoce mère-enfant harmonieuse et donc d'une mère disponible sur le plan affectif, non perturbée par un vécu dépressif. Nous soulignons la nécessité de diagnostiquer ces dépressions, et de dépister les femmes à risque déjà durant leur grossesse. Le questionnaire de dépistage anténatal, élaboré par une équipe de pédopsychiatres de Genève, peut servir d'instrument pour le personnel soignant en contact avec les femmes enceintes. Il s'agit à notre connaissance d'un outil unique de par sa simplicité et sa validation en français, permettant de cerner à moindre coût une population à risque parmi les femmes enceintes. Nous pensons que son utilisation de routine permettra d'informer et de sensibiliser la future mère à ce risque, de diminuer son sentiment de culpabilité et de détresse lors de la survenue d'une telle dépression, favorisant ainsi ses capacités à pouvoir demander de l'aide.

---

### Contact des auteurs :

Dr Marion Righetti-Veltema 18, bd des Philosophes, 1205 Genève righettimarion@yahoo.com  
Dr Nathalie Nanzer et Pr Francisco Palacio-Espasa Guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Département de psychiatrie HUG, 1206 Genève nathalie.nanzer@hcuge.ch  
francisco.palacio@hcuge.ch Dr Elisabeth Conne-Perréard, OCIRT CP 1255, 1211 Genève 26  
Pr Juan Manzano 31 route de Malagnou, 1208 Genève.

### Bibliographie :

- 1 \* Taaffe McLearn K, Minkovitz CS, Strobino DM, et al. Maternal depressive symptoms at 2 and 4 months postpartum and early parenting practices. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:279-84.
- 2 Beck CT. Postpartum depression predictors inventory revised. Adv Neonatal Care 2003;3:47-8.
- 3 \* Righetti-Veltema M, Conne Perréard E, Manzano J, et al. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. J Affect Disord 1998;49:167-80.
- 4 Righetti-Veltema M, Conne Perréard E, Manzano J, et al. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. J Affect Disord 2002;70:291-306.
- 5 Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. Eur Child Adolesc Psychiatry 2003;12:75-83.
- 6 \* Murray L, Fiori-Cowley A, Cooper P, et al. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Dev 1996;67:2512-26.
- 7 Ferrari P, Botbol M, Sibertin-Blanc D, et al. Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce. Psychiatr Enfaut 1991;34:35-97.
- 8 Cooper PJ, Murray L, Hooper R, et al. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. Psychol Med 1996;26:627-34.
- 9 Posner NA, Unterman RR, Williams KN, et al. Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. J Reprod Med 1997;42:207-15.
- 10 Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM, et al. Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2000;40:409-12.
- 11 Campagne DM, Rayburn WF. Screening depressive patients in pregnancy with the Pregnancy Mood Profile. J Reprod Med 2003;48:813-7.
- 12 Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J, et al. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire préparatum de dépistage de la dépression postpartum. Psychiatr Enfaut 2007;49: 513-41.
- 13 Manzano J, Righetti-Veltema M, Conne Perreard E. Le syndrome de dépression du préparatum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du postpartum. Psychiatr Enfaut 1997;40:533-52.
- 14 Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. Am J Psychiatry 2003;160:555-62.
- 15 O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry 2000;57:1039-45.
- 16 Levinson-Castiel R, Merlob P, Linder N, Sirota L, Klinger G. Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in term infants. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160:173-6.
- 17 Cohen LS., Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA 2006;295:499-587.
- 18 Elliott SA, Leverton TJ, Sanjack M, et al. Promoting mental health after childbirth : A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. Br J Clin Psychol 2000;39:223-41.
- 19 \*\* Benvenuti P, Valoriani V, Vanni D. Prevention of postnatal depression. Clin Neuropsychiatry 2006;3:39-56.
- 20 Cramer B, Palacio F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. Le fil rouge. Paris : PUF,1993.
- 21 Palacio-Espasa F. Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism : Implication for treatment. J Child Psychother 2004;30: 155-71.
- 22 Manzano J, Palacio-Espasa F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. Le fil Rouge. Paris : PUF, 1999.
- 23 Ainsworth S, Blehar MC, Waters W, et al. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey : Publ. Hillsdale, 1978.
- 24 Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. 8e éd. Neuchatel et Paris : Delachaux et Niestlé, 1975.
- 25 Uzgiris IC, Hunt JMCV. Assessment in infancy. Ordinal scales of psychological development. Chicago, London Urbana : University of Illinois Press, 1975.

\* à lire

\*\* à lire absolument