

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUDOC	
COTE	
LOC.	
HOR.	

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**La dépression du post-partum :
L'Edinburgh Postnatal Depression Scale, un moyen
efficace de dépistage précoce ?**

Laure PERAUDEAU

Née le 16 septembre 1982

Directeur de mémoire : Dr GUILLEMOT – MORTAGNE F.

Année universitaire 2007-2008

Introduction.....	1
1- les différents troubles du post partum.....	3
1-1) Le baby blues.....	3
1-2) La psychose puerpérale.....	4
1-3) La dépression du post partum.....	6
2- Pourquoi dépister la dépression postnatale?.....	9
2-1) Le comportement maternel.....	9
2-2) Les conséquences sur l'enfant nouveau-né.....	10
2-3) Les répercussions sur la fratrie.....	12
2-4) Le retentissement conjugal.....	12
2-5) Le rôle de la nourrice ou de tout autre élément « compétent ».....	13
3 – Comment dépister la dépression du post partum?.....	14
3-1) La formation des professionnels de la périnatalité : sage femmes, pédiatres, obstétriciens, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, médecins traitants.....	14
3-2) Le rôle de la Sage-femme.....	15
3-3) La maternologie [14] [20] [21] [22] [23].	17
3-3-1) Qu'est ce que la maternologie ?.....	17
3-3-2) Comment établir un diagnostic en maternologie ? [26]	18
3-3-3) Quand doit-on poser le diagnostic ?.....	18
3-4) L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) comme aide en cas de doute.	19
3-4-1) Qu'est ce que le score d'Edimbourg ?.....	19
3-4-2) Les buts.....	19
3-4-3) La forme.....	19
3-4-4) En pratique, comment utiliser le score d'Edimbourg ?	20
3-5) Une information et une éducation des futurs parents.....	21
4- Comment traiter la dépression de post partum?	22
4-1) Un personnel soignant formé	22
4-2) Quels résultats pour quelle méthode ?	22
4-2-1) La psychothérapie.....	22
4-2-2) Le traitement médicamenteux.....	23
5- L'étude : L'EPDS est-il un moyen de dépister précocement le syndrome dépressif ?	25
5-1) Le protocole.....	26
5-1-1) La procédure.....	26
5-1-2) La population étudiée.....	27

5-2) Les Méthodes statistiques.....	29
5-2-1) Description.	29
5-2-2) Comparaison.	29
5-3) Résultats et analyse.....	30
5-3-1) Les données générales.	31
5-3-1-3-Autres données générales.	32
5-3-2) Les antécédents maternels.	32
5-3-3) les toxiques et violences (Cf. annexes).	34
5-3-4) le déroulement de la grossesse.	34
5-3-5) l'accouchement.	36
5-3-6) Le déroulement des suites de couches.	39
5-3-7) La régression logistique pas à pas ascendant avec SPSS 14.0	42
6- Les limites et les biais de l'étude.	44
6-1) Les limites.	44
6-2) Le biais de mesure.....	45
6-3) Le biais de sélection.	45
6-4) le biais de non réponse.....	45
6-5) Le biais de non recherche.....	46
6-6) Le biais d'accès aux soins.	46
7- La discussion.	47
7-1) La fréquence de la dépression du post partum.....	47
7-2) les différents facteurs.....	48
7-2-1) Les données générales.....	48
7-2-2) Les origines géographiques.	48
7-2-3) les antécédents et les violences.....	48
7-2-4) la place du père.....	49
7-2-4) Le déroulement de la grossesse.	49
7-2-5) Les modalités de l'accouchement.	49
7-2-5) L'état de l'enfant nouveau né.	50
7-2-6) le déroulement des suites de couches.	50
7-2-7) La relation mère-enfant.	50
7-2-8) Le mode d'alimentation du nouveau né.....	51
7-2-9) En conclusion.....	51
8- Conclusion.....	54
9- La Bibliographie.	55
10- Les annexes.	60
10-1) Tableau récapitulatif de croisements statistiques.....	60
10-2) Le questionnaire d'Edimbourg.	65
10-3) La lettre au médecin.....	67

Introduction.

Depuis des décennies, la Médecine périnatale s'est beaucoup développée de sorte que nous avons assisté à une diminution importante de la mortalité infantile et maternelle.

Dans le même temps, notre société a idéalisé la grossesse et la naissance qui sont devenues pour la femme et pour le couple, le plus beau moment de la vie.

Physiologiquement, l'état de maternité est un état de haute vulnérabilité aux situations extérieures et à l'histoire personnelle de la future maman, pouvant révéler une fragilité maternelle.

La maternalité de Racamier [1] est un ensemble de processus psychoaffectifs complexes qui modifient le fonctionnement psychique de la femme. La mise à mal de ce remaniement identitaire peut se traduire par un accès dépressif ou une dépression vraie.

La période anténatale est relativement indemne de décompensation psychique avec en général, l'amélioration de pathologies psychotiques antérieures, contrairement à la période du post partum. Les modifications identitaires de la femme et de son conjoint ont élaboré un nouvel équilibre narcissique entre l'identité passée (en relation avec la mère de la femme), les élans projectifs dans l'avenir et des replis sur soi (formes d'adaptation aux bouleversements intérieurs et extérieurs). La transformation du couple est tantôt conjointe tantôt individuelle.

Le Post partum est la période à haut risque de décompensation : Le risque est multiplié par 4 dans les six premiers mois après la naissance. [2]

La jeune mère est dans un état d'hypersensibilité et de fragilité en raison des modifications inhérentes à la fin de la grossesse et de la naissance. La Préoccupation Maternelle Primaire (Winicott [3]) lui permet de régresser afin d'être en symbiose avec son enfant (acuité intense aux besoins du nouveau

né grâce à l'identification, au retour aux origines propres et à la dissociation avec l'environnement extérieur). Toute distorsion de ce processus peut être à l'origine de troubles dépressifs ou d'une dépression du post partum.

La naissance et la rencontre avec l'enfant sont à l'origine selon Lebovici d'un deuil de l'enfant idéalisé pour toutes les jeunes mères. La fragilité psychique de la femme peut alors accentuer la distorsion de la Préoccupation Maternelle Primaire.

La maternité est le lieu adéquat de la prévention des troubles psychiatriques (quels qu'ils soient), de la maltraitance infantile et d'information aux parents, malgré une durée de séjour que ne cesse de diminuer.

Ce lieu qui est fréquenté par les familles et les enfants, peut laisser entrevoir la qualité d'accueil et le bien être du nouveau né au sein de sa famille, les habitudes et les conditions de vie.

Notre travail comporte plusieurs parties :

Dans la première partie, nous décrivons les différents tableaux cliniques des troubles du post partum en nous arrêtant plus particulièrement sur la dépression post-natale.

Dans une seconde partie, nous abordons les répercussions néfastes de la dépression du post partum sur l'ensemble de l'environnement maternel.

Puis nous nous attarderons sur les moyens de la dépister et de la guérir.

Enfin, nous vous présentons notre étude sur l'utilisation du questionnaire d'Edimbourg et la mise en avant des facteurs de risque de la dépression.

1- les différents troubles du post partum.

La période du post partum est une période délicate : les femmes n'ayant pas d'antécédents psychiatriques sont à risque de dévoiler une pathologie sous jacente latente et les femmes ayant des antécédents sont à risque de décompensation plus ou moins sévère. Les différents troubles du post partum sont classiquement regroupés en trois grandes catégories. Le tableau clinique polymorphe de chacune possède sa propre spécificité.

1-1) Le baby blues

Hamilton et Robin en 1962 puis l'étude de Yalom [4] en 1968 permettent d'analyser et de préciser la symptomatologie du Baby Blues. Il est le plus connu des troubles : mineur et transitoire, il apparaît entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour du post partum immédiat pour 30 à 70% des parturientes, selon les auteurs, pour disparaître vers le 10^{ème} jour au plus tard.

Les symptômes sont variables : une humeur dysphorique avec des accès de pleurs, une anxiété constante accompagnée de ruminations [5] concernant le rôle de mère, l'enfant et parfois une indifférence temporaire, un sentiment de découragement voire d'incapacité maternelle et une insomnie non significative.

La résolution rapide (de 48h à quelques jours) et spontanée est favorisée par l'attitude chaleureuse et maternante de l'environnement (proches et professionnels).

Le baby blues n'a pas d'étiologie retrouvée : de nombreux auteurs ont souligné des facteurs organiques (concomitance avec la montée laiteuse et la chute des hormones de la gestation), des facteurs psychologiques (sensation de vide, sentiment de séparation ou même de rupture, deuil de l'enfant idéalisé...) et le développement de la « Préoccupation maternelle

primaire » décrite par Winnicott [3] qui est un état d'hypersensibilité maternelle indispensable pour répondre au mieux aux besoins du nouveau-né.

Le Baby blues est un trouble bénin. Toutefois, s'il est persistant ou d'une intensité anormalement forte, une consultation avec un spécialiste peut s'avérer nécessaire afin d'écartier une autre pathologie sous-jacente.

1-2) La psychose puerpérale.

Connue depuis Hippocrate avec le *livre premier des épidémies*, elle est décrite en 1858 par Marcé comme étant une entité psychiatrique nosologique, après être restée longtemps associée à la « fièvre des accouchées ».

La psychose puerpérale est un trouble psychiatrique aigu sévère qui apparaît brutalement entre la 1^{ère} semaine et la fin du 1^{er} mois du post partum. Sa fréquence reste inchangée malgré les progrès de la médecine périnatale et représente deux cas pour mille accouchements. Certains la considèrent comme la décompensation d'une dépression d'intensité maximale associée à des troubles psychotiques tels que la mélancolie délirante à prédominance thymique.

Des prodromes peuvent être observés au cours de la grossesse comme des crises d'angoisse, des plaintes somatiques avec des sensations étranges, des troubles de l'humeur et/ou du sommeil.

La symptomatologie quant à elle, est fluctuante mais la confusion et les idées délirantes sont très régulièrement diagnostiquées (80% des cas.). Il existe deux types de psychoses :

- la psychose mélancolique avec les obnubilations et le dénigrement de sa propre personne. Le risque de suicide altruiste (la mère et son bébé) est majeur ;

- la psychose confuso-déirante qui se caractérise par une altération de la vigilance, des fluctuations thymiques importantes et des délires autour de la naissance (déli) et de l'enfant, qui est alors perçu comme un persécuteur.

Le danger majeur est celui de l'infanticide et/ou du suicide qui nécessite une hospitalisation d'urgence de la mère dans une unité fermée de psychiatrie afin d'instaurer un traitement efficace (environ 4 à 6 semaines) dans un premier temps. L'enfant est alors confié à la famille proche ou à un service pédiatrique d'accueil. Des rencontres mère/enfant peuvent être préparées et aménagées.

Puis une fois la psychose jugulée, une autre hospitalisation indispensable est envisagée dans une unité spéciale mère/enfant telle que le HOME (Hôpital St Jacques du C.H.U de Nantes) dans un second temps afin de restaurer le lien mère/bébé et de l'observer.

Le pronostic immédiat est souvent bon avec la mise en place d'un traitement et d'un suivi adéquat : la psychose précoce touche des femmes sans antécédent particulier. Le pronostic est alors favorable pour 70 à 80% des patientes avec un retour « ad integrum ». En revanche la psychose tardive peut se percevoir au cours de la grossesse (parfois même des prodromes sont présents avant la grossesse), la clinique est pauvre et son pronostic est beaucoup plus péjoratif.

La patiente doit être informée du risque important de rechute à la prochaine grossesse (20 à 30 % des cas). L'évolution vers un trouble bipolaire telle la maladie maniaco-dépressive (20 à 30% des cas) ou la schizophrénie (10%) n'est pas rare.

Les facteurs de risque sont la primiparité (50 à 60% des cas de psychoses), les complications obstétricales (50%) et les antécédents familiaux de troubles graves de l'humeur.

1-3) La dépression du post partum.

La dépression du post partum a été caractérisée par le Dr BIBRING en 1950 comme étant un « sentiment d'impuissance » puis individualisée en 1968 par le Dr PITT [6].

Le *Diagnostic and statistical manuel of mental disorders* [7] et la classification internationale des maladies reconnaissent la dépression du post partum comme étant une maladie à part entière du fait de l'absence de consensus sur la spécificité clinique et pathogénétique des troubles occasionnés.

Elle apparaît en général dans les 2 à 10 semaines après l'accouchement, mais cette durée peut s'étendre jusqu'à la fin de la 1^{ère} année qui suit la naissance. Plus elle est tardive, plus son caractère pathogène est conséquent. Elle touche 10 à 20% des parturientes selon les auteurs et a une étiologie multifactorielle.

Les symptômes durables (supérieurs à deux semaines) et présents la moitié du temps ressemblent à ceux de la dépression classique :

- Troubles de l'humeur : tristesse, dysphorie, irritabilité souvent dirigée contre le conjoint et les autres enfants de la fratrie, perte des centres d'intérêt de par l'absence de motivation et/ou de plaisir.

- Idées dépressives comme une dévalorisation de soi, un sentiment d'incapacité physique et psychique à répondre aux sollicitations du bébé et donc une culpabilité quasi constante. Les idées suicidaires sont rares dans les six premiers mois de vie de l'enfant car APPLEBY [8] [9] montre qu'il a un rôle protecteur s'amenuisant au-delà de cette période.

- Fatigue avec des troubles du sommeil, perte d'appétit ; perte de libido, plaintes somatiques multiples portant essentiellement sur les conséquences de l'accouchement et de l'allaitement.

- Anxiété envahissante, durable et centrée sur le bébé. Elle peut être associée à des phobies d'impulsion (lui faire du mal, le défenestrer...avec un risque de passage à l'acte minime) qui, lorsqu'elles sont présentes, sont

extrêmement angoissantes et culpabilisantes. Elles forment un cercle vicieux, et leur recherche systématique par les professionnels de santé est un véritable soulagement pour les mères. D'après APPLEBY, les phobies d'impulsion dépendent de l'intensité de la dépression.

- Troubles de la concentration et du comportement moteur (ralentissement psychomoteur) considérés comme caractéristiques par GUEDENEY.N. [10]

Il existe deux formes classiquement définies de dépression du post partum :

- celle où dominant l'irritabilité et l'angoisse intense telle que la dépression mélancolique. (Les symptômes en sont des idées délirantes ou confusionnelles) Elle est un diagnostic différentiel de la psychose puerpérale et nécessite, également, une hospitalisation en milieu psychiatrique fermé.

- celle où dominant l'évitement et l'indifférence envers l'enfant : le risque de mauvais traitement est alors réel et important.

Le diagnostic de la dépression du post partum est difficile à établir et souvent retardé. Considérée à tort comme une banale fatigue, les études estiment que seules 10% des dépressions du post partum sont diagnostiquées et traitées, alors que les impacts délétères sur l'établissement de la relation mère enfant sont connus. Dans notre société, le mythe de la femme épanouie et accomplie par la maternité est très fort. D'un côté, la plupart des femmes malades ne reconnaissent pas le caractère dépressif de leur comportement. Lorsqu'elles le reconnaissent, elles en éprouvent de la honte, de la culpabilité, de la peur d'être jugée comme mauvaise mère incapable d'éprouver de la joie pour la naissance de leur enfant et surtout une peur de décevoir leur conjoint. D'un autre côté, les professionnels de santé ont du mal à faire le diagnostic de la dépression du post partum car elle est trompeuse et fluctuante dans ses signes d'appels cliniques.

Des études [11] [12] ont mis en évidence des facteurs prédisposant tels que les antécédents personnels (dans 50% des cas) et/ou familiaux de dépression, des facteurs socio familiaux (conflits familiaux) et culturels (qui engendrent des situations d'isolement). Les abus sexuels et les carences

affectives de l'enfance, le jeune âge maternel et le comportement du bébé lui-même (l'irritabilité, les pleurs, les difficultés d'apaisement, le petit poids de naissance, la prématurité, les maladies néonatales)...seraient des facteurs de risques pour les femmes fragiles.

En revanche le niveau social, la parité et l'allaitement ne semblent pas avoir d'influence sur la dépression maternelle.

2- Pourquoi dépister la dépression postnatale?

La dépression du post partum n'est pas une maladie strictement maternelle. En effet, elle se répercute sur l'instauration des premiers liens mère enfant, ainsi que sur l'ensemble de la famille (aînés et conjoint).

2-1) Le comportement maternel.

S'occuper d'un enfant requiert une énergie tant physique que psychique. La mère doit connaître ses propres qualités afin de se sentir en sécurité (intérieure et extérieure) et de transmettre ce sentiment à son enfant.

Physiologiquement, le rôle de mère oscille entre deux fonctions essentielles :

- la fonction de pare excitation qui est une protection et une filtration des stimulations de l'environnement associées à des réponses globalement cohérentes aux besoins de l'enfant
- une fonction de frustration et de stimulation qui permet au jeune enfant d'exprimer son potentiel de développement et son autonomie toujours croissante.

Chez les mères dépressives, on observe un ralentissement psychomoteur variable et une absence d'engagement psychique et émotionnel dans l'interaction avec l'enfant quel qu'en soit le mode : regard, voix ou contact cutané [13]. A cette asthénie physique et intellectuelle s'ajoute une attitude de retrait caractérisée par un silence, une absence d'initiative, un visage fermé, triste et sans sourire. Les éléments de cet ensemble traduisent une grande douleur morale chez la mère qui est à la fois consciente de son indisponibilité et incapable de gérer la tourmente psychique qui l'agite. Ce silence maternel est fréquent car il correspond à la crainte d'être jugée incompétente et incapable de veiller sur la santé et le développement

psychoaffectif de l'enfant. L'angoisse de décevoir son entourage affectif (conjoint et famille proche) est, elle aussi, très forte.

Le maternage forcé, c'est à dire sans plaisir éprouvé, est pourvoyeur d'interactions dysharmonieuses et d'incohérence dans les soins prodigués. Murray et Cooper [13] a mis en évidence une absence de continuité affective avec une perte de fiabilité et de prévisibilité du comportement maternel.

En conclusion, dans la dépression postnatale, le comportement maternel est marqué par une altération de la fonction pare excitation, une raréfaction des stimulations affectives, une rigidification des réponses notamment des surstimulations kinesthésiques inappropriées et une perte du plaisir de maternage.

2-2) Les conséquences sur l'enfant nouveau-né.

Les enfants concernés sont régulièrement vus en consultation pédiatrique, parfois en urgence et sans raison apparente [13] :«le déplacement inconscient de la difficulté maternelle en pathologie chez le nouveau né » [14]. Les conséquences sur l'enfant sont donc importantes à déceler afin de pouvoir repérer la pathologie maternelle.

LEMAITRE-SILLERE V et al. [15] ainsi qu'une étude scandinave [16] rapportent des retentissements nombreux et variés :

- Troubles du sommeil se traduisant par une insomnie nocturne et une hypersomnie diurne. Ils constituent une fuite active dans le sommeil pour échapper aux échanges dysharmonieux maternels.

- Troubles digestifs (régurgitations, vomissements, diarrhée, anorexie, difficulté de nourrissage...) somatisant un état de mal être chronique de l'enfant.

- Troubles du comportement nombreux surtout dans le domaine la communication ou plutôt le refus de communication avec la mère déprimée: pleurs incessants même dans les bras, absence d'éveil actif, absence de

contact visuel (qui est un des constituants de la personnalité selon WINICOTT [17] grâce au renforcement positif réciproque et à la « préoccupation maternelle primaire »).

- Troubles du développement psychoaffectif (troubles de l'attachement) et intellectuel (troubles cognitifs) induits par une relation dévitalisée quasi mécanique.

Dans le 1^{er} mois, le nourrisson s'oppose au contact : c'est ce que GUEDENEY N [10] nomme le « retrait actif ». A contrario, certains bébé dits « anti déresseurs » ont des capacités hors norme à s'adapter et à valoriser leur mère (croissance rapide, vitalité fantastique...qui font la fierté maternelle). Mais cette capacité de stimulation positive peut être vite débordée : c'est le « retrait passif » qui apparaît vers le 3^{ème} mois. Il est évocateur d'une dépression froide (atonie affective, inertie motrice, pauvreté de la communication...) de l'enfant ou « comportement vide » de KREISLER, et se caractérise par un évitement constant du regard avec la mère. Ces retraits sont le mode de préservation du nourrisson face à une situation de danger.

Pourtant face à des adultes calmes et souriants, ils restent ouverts à la communication.

LEMAITRE-SILLERE V et al. [15] montre que les altérations précoces des interactions précèdent la décompensation maternelle et la constatation clinique du syndrome dépressif (pour 8 femmes sur 11). L'incohérence des soins et les stimulations excessives à contretemps entraînent la souffrance et le « retrait actif » précoce alors que les hypostimulations et l'absence modérée psychique provoquent une recherche active plus ou moins efficiente de communication avec une dimension « soignante anti-dépressive » de l'enfant.

Dans la première année, le développement psychologique est très important. A long terme, cette relation tronquée s'inscrit dans l'inconscient adulte et les conséquences futures sont difficiles à décrire objectivement.

2-3) Les répercussions sur la fratrie.

Là aussi, les relations sont distordues : la mère peut se montrer agressive voire même rejetante envers les aînés. L'impact de la dépression maternelle sur la fratrie varie selon les relations existantes avec les autres éléments familiaux, selon le fonctionnement familial global et selon l'âge des enfants. Ce dernier facteur est déterminant car l'organisation du fonctionnement mental est plus ou moins mature.

En résumé, il n'y a pas de relation causale unidirectionnelle car le grand enfant est un élément actif de la relation. Les conséquences restent là aussi difficiles à décrire objectivement.

2-4) Le retentissement conjugal.

Tout dépend de la capacité paternelle à soutenir sa compagne et à servir de substitut maternel. L'absence psychique prolongée de la mère est délétère, or elle peut être remplacée temporairement par un adulte calme et sûr de lui afin d'assurer la protection et la filtration des stimulations extérieures.

LEMAITRE-SILLIERE.V et al [15] montre l'importance de l'image du père. Le groupe des femmes présentant un syndrome dépressif décrit un père « irresponsable sur lequel elles ne peuvent s'appuyer ou demander de l'aide » (ce sentiment peut toutefois être accentué par la dépression) ce qui renforce leur sentiment de solitude face à l'enfant et du coup, le risque de conflits conjugaux et de séparation. En revanche les femmes du groupe témoin ont une représentation positive de leur conjoint.

Certains auteurs décrivent des dépressions chez les pères qui se sentent « lâchés » par leur compagne et qui éprouvent un sentiment d'incapacité à assumer ce double rôle.

2-5) Le rôle de la nourrice ou de tout autre élément « compétent ».

La notion de compétence repose sur la capacité d'un adulte autre que la mère à maintenir un niveau suffisant d'interaction. Cet adulte peut être le père ou un autre élément de la famille ou de l'extérieur. Le facteur « reprise du travail » est alors un facteur protecteur pour l'enfant qui pourra se structurer grâce à des échanges suffisamment stimulants

3 – Comment dépister la dépression du post partum?

Les amalgames sont faciles à faire, il ne faut pas confondre un baby blues sévère et un syndrome dépressif... il ne faut donc pas tout mettre en œuvre sans distinction.

3-1) La formation des professionnels de la périnatalité : sage femmes, pédiatres, obstétriciens, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, médecins traitants...

O.CAZAS [18] préconise une formation de tous les professionnels de la Périnatalité afin de mieux dépister cette pathologie sous estimée au cours de la grossesse mais aussi dans la période du pré et du post partum.

Au cours de la grossesse, Righetti-Veltema et al. [19] pense que la dépression a une origine anté natale et qu'il faut être vigilant afin de définir une sous population à risque en fonction des facteurs prédisposants.

Au cours du post partum, les professionnels doivent évoquer librement cette maladie devant un comportement maternel inadapté. La transmission orale des difficultés potentielles d'une mère permet d'alerter l'ensemble de l'équipe, de rechercher systématiquement les signes cliniques évocateurs dans un but de dépistage et de délivrer aux parturientes une information claire et complète sur la dépression du post partum.

Une femme avertie ne s'enfermera pas dans le mutisme et la honte d'être « anormale » mais ira consulter un médecin ou s'ouvrira plus facilement lors des consultations quelles qu'elles soient (obstétricales ou pédiatriques). Le professionnel qui reçoit cette parole doit être en mesure d'apporter aide et

soutien à cette patiente, il doit au besoin savoir vers qui il peut l'orienter pour une meilleure prise en charge.

3-2) Le rôle de la Sage-femme.

Notre profession de sages-femmes fait de nous les interlocuteurs privilégiés des femmes enceintes et des couples. Notre rôle est d'orienter, de soutenir, d'informer et, par là même de dépister toute pathologie susceptible de compromettre le pronostic de la grossesse.

Les consultations prénatales sont des temps d'écoute importants où la femme peut s'exprimer sans arrière pensée et sans crainte de jugement. Tout renseignement sur d'éventuels dysfonctionnements socio-psycho-relationnels doivent être notés dans le respect d'une confidentialité indispensable afin que l'équipe de la maternité puisse mieux comprendre et soutenir la patiente.

Les séances de préparation à l'accouchement s'organisent en petits groupes de trois futures mamans pour une préparation tant physique que psychologique. C'est aussi un temps essentiel de paroles entre femmes et de relaxation qui leur permet de se sentir moins seules.

La salle de naissance est un lieu important. La sage femme accompagne la patiente et son conjoint pour un accouchement physique tout en l'incitant à être actrice de ce moment intense mais aussi pour une rencontre émotionnellement forte avec son bébé. Le respect du ressenti, même douloureux, a besoin de trouver un écho chez le professionnel qui le reçoit, le contient et le reconnaît. Donner la vie, c'est aussi un retour vers ses origines propres.

Le peau à peau dès la naissance améliore la prise de contact surtout chez patientes à risque.

Les actes iatrogènes doivent être limités au maximum et lorsqu'ils sont indispensables doivent être expliqués au couple.

C'est enfin dans le service des suites de couches que se met en place la relation mère-enfant. Toute séparation entre les deux entités de la dyade est délétère, c'est pourquoi les unités « Kangourou » ont vu le jour. Lorsque la pathologie néonatale est plus importante et nécessite l'hospitalisation de l'enfant dans un service spécialisé, les services de soins néonataux, de par leur fonctionnement envers les parents, autorisent les visites de ces derniers à toute heure du jour et de la nuit. Le lien peut malgré tout se créer.

Pour les enfants sains, le nursing pédiatrique en petit groupe (de trois dyades maximum) aide les mères à déculpabiliser puisqu'elles se rendent compte que chacune a ses difficultés propres (angoisse, maladresse des gestes...). Il a aussi vocation d'échange.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) en tant qu'organisme de prévention primaire, rencontre la majorité de jeunes mamans après leur sortie de maternité soit de manière ponctuelle soit pour un suivi puisque cette institution fonctionne en partenariat avec l'ensemble des maternités. Les sages femmes et leurs équipes sont donc des acteurs importants de dépistage et de l'information auprès des patientes et de leur famille.

Les sages femmes libérales sont, elles aussi, amenées à revoir leur patientes dans le post partum pour différentes raisons :

- les suites de couches à domicile qui sont encore peu répandues en France contrairement à d'autres pays (Pays Bas, Pays nordiques, Québec) où ce suivi est systématiquement proposé aux jeunes mères. Ce suivi permet de peser l'enfant, de donner des conseils en allaitement, d'échanger...

- l'*atelier parental*, par exemple, mis en place par les sages-femmes libérales de saint Sébastien sur Loire permet une nouvelle rencontre entre les femmes d'un même groupe de préparation. Ensemble, elles évoquent avec « leur » sage femme les souvenirs de l'accouchement, les problèmes de l'allaitement ou les pleurs de l'enfant...Ainsi, elles réalisent qu'elles ne sont pas les seules à avoir des difficultés.

- la visite post-natale après une grossesse et un accouchement physiologiques tout comme le suivi prénatal peut se faire par une sage-femme. Ce rendez vous médical (6 à 8 semaines après la naissance) offre l'opportunité de faire un « point » complet sur le physique et le psychisme de la femme et de délivrer une information sur la dépression du post partum. Il est d'autant plus important qu'il se situe dans la phase débutante de cette pathologie dépressive.

- la rééducation périnéo-sphinctérienne est un autre instant clé dans le cursus post-natal. Réalisée par une sage-femme libérale, elle donne aussi lieu à un bilan sur le vécu de l'accouchement et du retour à domicile. Généralement les femmes ayant participé à la préparation à l'accouchement, retournent chez « leur » sage-femme pour la faire. Moment de complicité pouvant faciliter la libération de la parole, la rééducation peut dévoiler des symptômes au professionnel qui sait être attentif à la femme.

Nous voyons bien que la sage-femme, présente à tous les niveaux périnataux, a un rôle essentiel d'information et de dépistage de la dépression post-natale donc de prévention quelle soit primaire ou secondaire.

3-3) La maternologie [14] [20] [21] [22] [23].

3-3-1) Qu'est ce que la maternologie ?

La maternologie [24] est une médecine de l'attention de la mère et de l'enfant qui garantit une qualité d'écoute : « offrir à la mère l'autorisation de laisser parler son enfance pour lui permettre d'amorcer un processus d'autothérapie ». Cette médecine ne cherche pas à psychiatriser mais essaie de faire un travail autour et sur la maternité des patientes.

Elle tente de créer un climat propice à l'existence de la mère, du tout petit et de cette dyade afin de permettre à la femme un « retour aux sources » pour mieux comprendre ses peurs et ses angoisses et de mieux vivre avec.

La capacité maternelle prend forme après la grossesse et après la réappropriation de la mémoire du corps car c'est par elle que passe l'inconscient des ressentis. La maternologie fait en sorte que cela puisse se faire dans la sérénité.

Les professionnels [25] orientent la femme afin qu'elle comprenne où se situe le blocage. La dépression est alors considérée comme une conséquence et non comme une cause. Le soignant doit faire preuve d'empathie et aller à la rencontre de cette mère bloquée afin de lui permettre de cheminer vers son enfant nouveau-né.

3-3-2) Comment établir un diagnostic en maternologie ? [26]

Le diagnostic permet à tous les soignants de parler le même langage mais il est difficile et complexe. Son efficacité dépend de la nature de la difficulté maternelle transférentielle : s'agit-il de difficultés endogènes (dysfonctionnements primaires de la « maternogénèse ») ou de difficultés exogènes (dysfonctionnements secondaires affectant l'identité même de cette mère en devenir) ?

Le diagnostic se pose après des observations multifocales de toute l'équipe médicale et para médicale ce qui permet une réponse uniforme et commune aux demandes de la mère.

3-3-3) Quand doit-on poser le diagnostic ?

Obligatoirement et nécessairement précoce, la période de soins efficace doit précéder le mode pathologique dépressif maternel et l'atteinte de l'enfant. Elle est concomitante à une double période favorable :

- la « période sensible » décrite par R.DEBRAY [27] : période de remaniement psychique intense et profond.

- la seconde période est essentiellement liée aux capacités compliantes du nouveau-né d'adaptation dans les premiers mois de vie.

La période d'intervention s'étend jusqu'au neuvième mois du post partum, soit le temps d'une gestation. Durant ce laps de temps, la coordination du réseau périnatal avec le service de maternité est indispensable.

3-4) L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) comme aide en cas de doute.

3-4-1) Qu'est ce que le score d'Edimbourg ?

C'est l'un des seuls questionnaires validés concernant l'évaluation de la dépression du post partum.

Ce questionnaire a été mis au point par COX [28] en 1987 et publié dans le *British Journal of Psychiatry* de la même année. Cet un auto questionnaire court est issu de la logique anglo-saxonne où l'évaluation est un outil d'action thérapeutique [27]. Il a été constitué à partir de deux échelles pré existantes l'*Irritability, Depression and Anxiety Scale* de Snaith (1978) et de l'*Hospital Anxiety and depression Scale* de Zigmond et Snaith (1983) pour permettre aux soignants non spécialisés en psychiatrie de mieux repérer les états dépressifs.

3-4-2) Les buts.

Ils sont multiples :

- permettre d'apprécier l'état psychique d'une femme dans le post partum (d'où son intérêt à la visite post natale).
- permettre d'évaluer l'amélioration de l'état dépressif lors d'une prise en charge.
- utiliser comme moyen de dépistage systématique dans le cadre d'une prévention secondaire et comme outil de recherche dans le domaine de psychiatrie périnatale (en suites de couches par exemple).

3-4-3) La forme.

Il se présente sous la forme de dix items constitués de mots simples et d'adverbes, de phrases courtes et accessibles à toutes les femmes (La traduction française respecte la simplicité des termes utilisés par Cox).

Ses deux caractéristiques principales sont l'absence volontaire d'items somatiques et l'absence volontaire d'items faisant référence à l'enfant nouveau-né. Les mères voient ainsi leur susceptibilité ménagée et

s'autorisent lorsqu'elles se trouvent en difficulté, à se libérer de leur fardeau dépressif.

3-4-4) En pratique, comment utiliser le score d'Edinbourg ?

Le questionnaire se remplit en quelques minutes. Les femmes choisissent parmi les réponses proposées celle qui leur correspond le mieux. Comme il utilise des termes simples, il peut être proposé aux femmes qui ne comprennent ou ne lisent pas le français. Dans ce cas, il est lu et traduit par le professionnel de santé.

Il est important de préciser à la patiente qu'elle doit le remplir seule, en dehors de toute présence familiale qui serait susceptible d'interférer dans le choix de ses réponses.

Une fois remplie, elle le rend aux soignants. La cotation du questionnaire est simple elle aussi : chaque item se cote de 0 à 3 en fonction des réponses données. CF ANNEXES. L'ensemble est additionné et donne un score pouvant aller de 0 à 30.

Lorsque l'EPDS est utilisé à des fins diagnostiques, COX retient la note seuil de 13 sur 30 afin d'obtenir une sensibilité de 86%, une spécificité de 78% et une valeur positive de 73%. Par ailleurs, il constate qu'une note seuil de 11 sur 30 permet d'obtenir moins de 10% de faux positifs. Il recommande donc cette note seuil lorsque son score est utilisé dans le cadre d'un dépistage systématique.

La passation du questionnaire peut être vécue comme l'ouverture d'un dialogue (témoin de l'attention des professionnels) et comme une autorisation implicite de parler et d'exprimer les sentiments négatifs réprimés jusque là.

L'EPDS est un outil dans la prise en charge. Il ne doit pas remplacer le relationnel entre le professionnel et la patiente mais il doit nous permettre de préciser une impression clinique et d'ouvrir le dialogue. Il ne remplace pas

non plus le diagnostic de dépression qui lui est posé avec certitude au cours d'un entretien psychiatrique.

3-5) Une information et une éducation des futurs parents.

Une sensibilisation permettrait de briser le tabou de la « maternité accomplie » non seulement au sein des professionnels mais aussi des familles, des couples et des amis.

Comment faire ? Quels sont les meilleurs intermédiaires ?

- Les professionnels de la Santé quels qu'ils soient, ont une place primordiale et ce à n'importe quel moment de la grossesse et du post partum.

- La mise en place de campagnes nationales de prévention avec l'édition de plaquettes informatives dispenserait une information diffuse à toute la population.

- Quelques médias télévisés proposent des programmes spécifiques autour de la grossesse et de l'accouchement et pourrait transmettre des messages de prévention au sujet de la dépression du post-partum.

- Les associations comme *Bien Etre* à Nantes qui organisent des réunions ou des permanences téléphoniques pourraient être des relais efficaces d'information.

Toutes ces possibilités restent ouvertes et reflètent le mal être de notre société à reconnaître la dépression du post partum comme faisant partie intégrante du processus de la maternité.

Pour qu'une information soit bien intégrée, elle doit être répétée à plusieurs moments. L'idéal serait qu'elle soit faite au cours de la consultation préconceptionnelle et/ou de la déclaration de grossesse et/ou lors de l'entretien du 4^{ème} mois.

4- Comment traiter la dépression de post partum?

La problématique de la dépression maternelle est de maintenir une relation vacillante sans jamais qu'elle soit au détriment de l'enfant ou de la mère. Le fait que cette pathologie soit mal diagnostiquée, implique qu'elle soit mal traitée. Et même lorsqu'elle est mise en évidence, Cox et coll (1982 et 1993) observe que la moitié des femmes ne reçoivent pas de traitement adéquat.

4-1) Un personnel soignant formé

PRITCHARD démontre que la guérison est plus rapide et que les résultats sont plus durables quand les patientes sont prises en charge par un personnel soignant formé : le diagnostic est plus précoce et la prise en charge meilleure. Peu de femmes feront la rencontre d'un psychiatre, d'où la nécessité d'une formation théorique et pratique du personnel soignant.

4-2) Quels résultats pour quelle méthode ?

4-2-1) La psychothérapie.

La psychothérapie est la méthode la plus souvent proposée aux mères dépressives. Elle doit être brève, à savoir un suivi court avec des résultats efficaces et rapides.

Il existe plusieurs thérapies :

- la thérapie cognitivo-comportementale : elle participe aux renforcements des compétences maternelles par l'encouragement des habilités cognitives (leur repérage et leur évaluation) et la modification des cognitions dysfonctionnelles. Elle a une grande composante psychodynamique permettant l'expression des ambivalences maternelles.

- la guidance interactive : il s'agit d'une approche non directive à partir d'une relation empathique avec le thérapeute. D'après Teissèdre et Chabrol [30], cette approche semble moins efficace.

- la thérapie d'inspiration analytique : la régression de l'appareil psychique permet de laisser apparaître l'Inconscient afin que les conflits infrapsychiques sous jacents s'expriment.

Quelle que soit la technique utilisée, elle doit s'intéresser au couple mère-enfant et non à la mère seule.

4-2-2) Le traitement médicamenteux.

Un traitement médicamenteux peut aussi être proposé [31] :

- les anxiolytiques : les benzodiazépines ont été les plus étudiées et ils sont à déconseiller lorsque la femme allaite. Le passage dans le lait induit une hypotonie infantile et en cas d'arrêt spontané, un syndrome de sevrage peut être observé chez la mère.

Lorsqu'ils sont nécessaires, l'Oxazépam (Seresta®) ou le Lorazépam (Témesta®) sont recommandés à faible dose et de manière intermittente. L'allaitement n'est pas contre indiqué et rares sont les effets chez le tout petit.

- les antidépresseurs : Les Imipraminiques (Anafranil®) ou les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (Fluoxétine®) sont autorisés dans des indications rigoureuses (Etat dépressif sévère, confusion et panique, troubles obsessionnels). Cependant le risque de syndrome atropinique (assèchement surtout oculaire, diminution du péristaltisme intestinal, mydriase, rétention urinaire, bradycardie, hypotension, hypotonie) a été décrit avec les imipraminiques chez l'enfant.

Appleby [32] ne met pas en évidence de différence significative entre les divers traitements possibles : ils sont tous efficaces, durables et rapides au vu de l'enjeu mère-enfant. L'association des deux n'apporte rien de plus qu'un traitement adapté à la femme.

Dans tous les cas, la guérison doit être effective dans les 6 semaines [33] qui suivent la mise en place du traitement quel qu'il soit. Un soutien à domicile peut être mis en place en tant que complément thérapeutique.

5- L'étude : L'EPDS est-il un moyen de dépister précocement le syndrome dépressif ?

L'objectif de l'étude est de mettre en évidence des facteurs de risques ou des facteurs protecteurs du syndrome dépressif du post partum immédiat.

Elle part du principe que le score d'Edimbourg est reconnu pour sa puissance pour le dépistage dans le cadre de la prévention secondaire à six semaines de la naissance: sensibilité de 86%, spécificité de 78%, valeur prédictive positive de 73% lorsque la valeur seuil retenue est de 13.

Le tableau ci-dessous représente les résultats obtenus par Teissedre et Chabrol [34] en 2004 :

EPDS J2-3	Spécificité (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive positive
9	77	73	39,4
11	87	60	49,5
13	94	39	56

Elle cherche donc à établir la validité de ce même questionnaire dans le cadre d'une prévention primaire au troisième jour du post partum.

5-1) Le protocole.

5-1-1) La procédure.

Le questionnaire d'Edimbourg a été distribué systématiquement à toutes les femmes ayant été hospitalisées dans le service des Suites de Couches du CHU de Nantes durant la période du 1^{er} avril au 30 août 2007.

A la sortie de la patiente, il est récupéré par la sage-femme qui le cote. Si la note obtenue est supérieure ou égale à 9 (valeur ici retenue en conformité avec l'étude de Teissèdre et Chabrol [32]), une lettre informera le médecin désigné par la patiente afin qu'il refasse passer le questionnaire lors de la visite post natale (soit 6 à 8 semaines après l'accouchement) pour le transmette au Dr GUILLEMOT MORTAGNE, pédopsychiatre de la maternité, si le score est supérieur à 11 lors de cette deuxième passation.

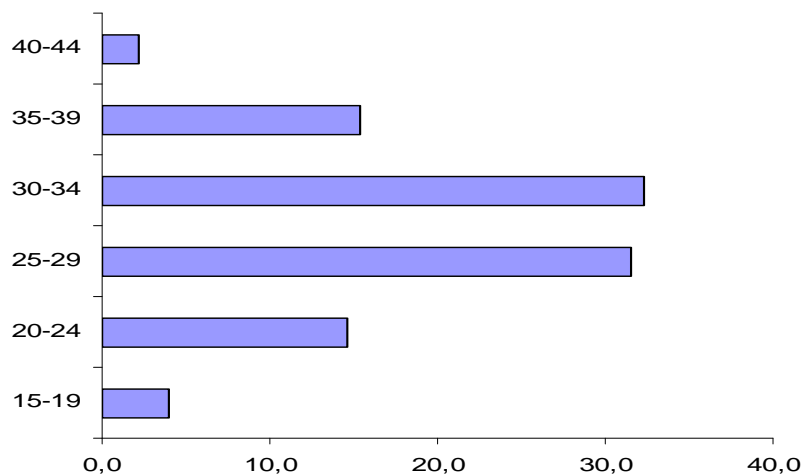
Un entretien sera alors proposé à la femme afin de poser le diagnostic de la dépression du post partum et de l'orienter vers un psychiatre de ville ou une prise en charge pédopsychiatrique.

Les femmes ne comprenant pas la langue française ont été exclues de l'étude, plusieurs auteurs ont récusé la validité de l'EPDS en cas de non maîtrise de la langue française. La courte durée de séjour dans le service ne permet pas non plus l'organisation du passage de l'interprète.

Les femmes ayant été hospitalisées dans les services de Grossesses à Haut Risque ou de gynécologie ont quant à elles été exclues du fait des biais engendrés par la pathologie foetale et/ou maternelle (vecteur d'angoisse majeure).

5-1-2) La population étudiée.

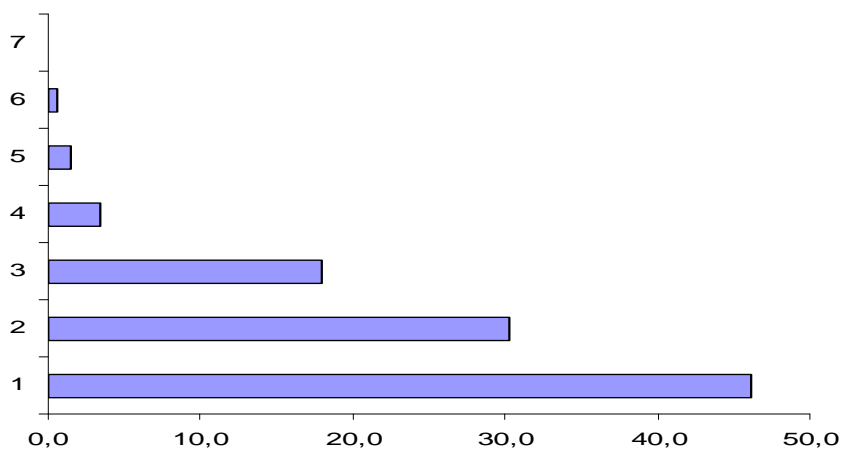
La population observée a une moyenne d'âge de 29.3 ans +/- 5.2, de 15 à 44 ans avec une médiane à 29 ans.



Graph.A : La répartition des âges.

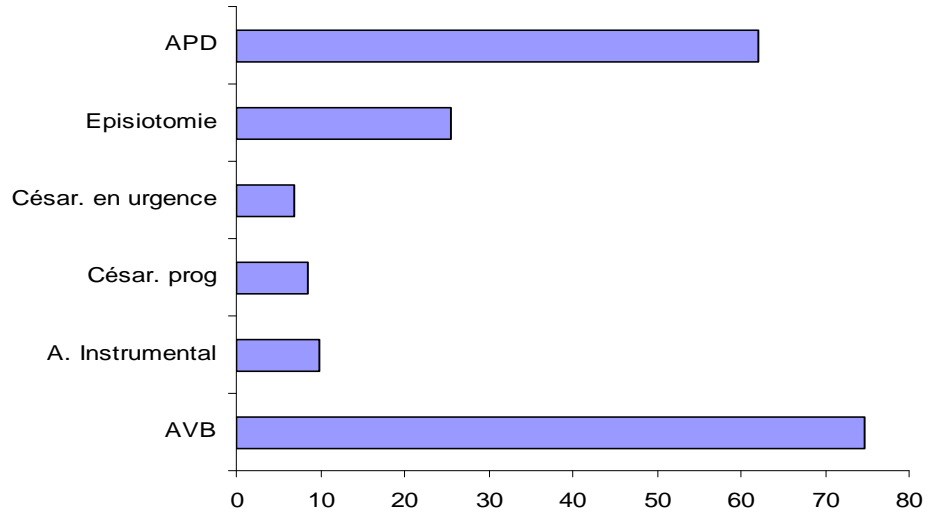
47.4% des femmes sont mariées contre 45.3% qui vivent maritalement et 7.3% qui vivent seules. 54.7% des parturientes vivent en ville contre 45.3% en campagne.

La parité est de 1.86 de moyenne avec une médiane de 2.00 (allant de 1 à 7).



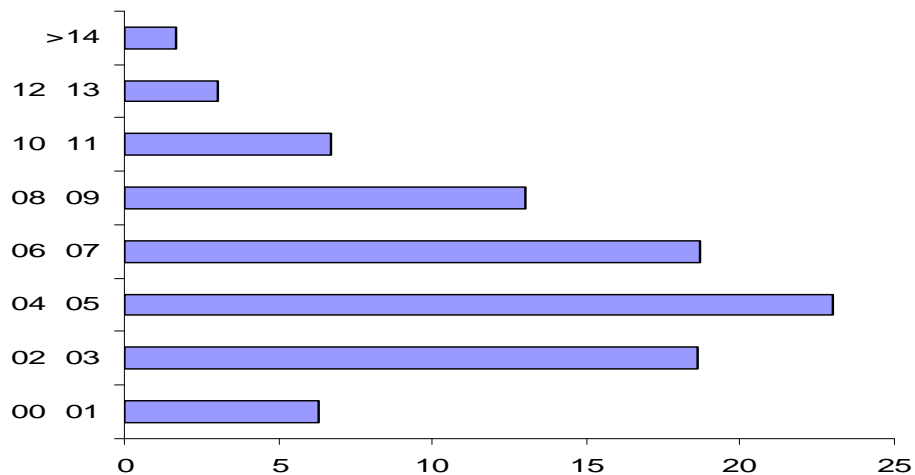
Graph.B : La répartition de la parité.

Le taux de la péridurale est de 62.1%, le taux de l'épisiotomie est de 25.5% et celui de la césarienne de 15.6%.



Graph.C : La répartition des modalités de l'accouchement.

La durée du travail en salle de naissance s'étend de quelques minutes à 22 heures (la rupture de la poche des eaux précoce est incluse dans cette donnée) : la moyenne toute parité confondue est de 5.8 heures avec une médiane de 5 heures.



Graph. D : Répartition de la durée du travail

Le terme moyen est de 39.3 SA +/- 2.1 avec un minimum de 24 SA et un maximum de 42 SA. Les accouchements prématurés représentent 7.4% alors que les transferts pédiatriques sont de 10.5% et les intubations en salle de naissance sont de 0.9%.

La description de la population observée au cours de notre étude est conforme à la population qui côtoie la maternité du CHU de Nantes. Seuls l'allaitement est légèrement surreprésenté avec 64.3% des femmes à la sortie de la maternité et le taux de césarienne est, quant à lui, légèrement sous représenté.

5-2) Les Méthodes statistiques.

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$.

5-2-1) Description.

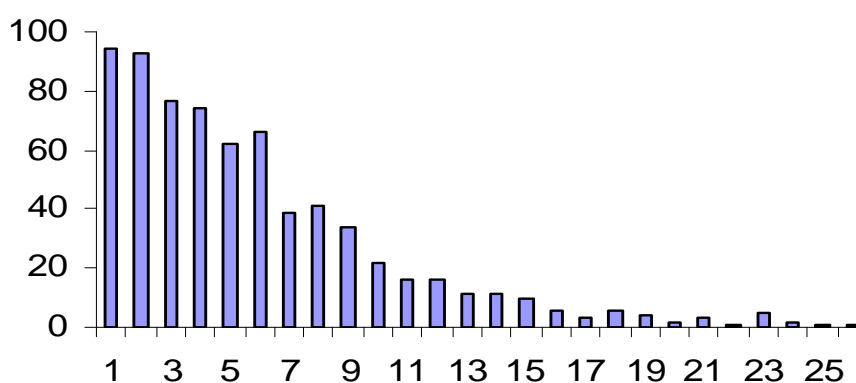
La description des variables qualitatives a été faite avec des pourcentages, et la description des variables quantitatives avec la moyenne et un écart-type de la population.

5-2-2) Comparaison.

Les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 ou le test de Fisher selon les effectifs. Les moyennes sont comparées par le test t de Student. Un risque relatif est calculé pour les variables qualitatives avec un intervalle de confiance à 95 %. Le logiciel EPIDATA 1.0 a été utilisé. Pour tenir compte des variables liées entre elles, une régression logistique a été déterminée en pas-à-pas ascendant avec SPSS 14.0 avec un seuil de significativité à 0.05 et un odds ratio avec son intervalle de confiance à 95 %.

5-3) Résultats et analyse.

1208 dossiers ont été sortis des archives du C.H.U de Nantes et seuls 700 ont été retenus soit 58%. Le critère d'inclusion est la présence du questionnaire d'Edimbourg rempli dans les dossiers obstétricaux (Graph.. 120 patientes ont un syndrome dépressif avec un score supérieur ou égal à 9 soit 17.1 % de la population étudiée (La flèche indique le seuil pris comme référentiel pour notre étude).



Graph.E : La répartition des scores de l'EPDS.

Parmi ces 120 patientes, 12 d'entre elles ont repassé le questionnaire au cours de la visite post-natale et ont développé une dépression soit 10 %. Ce faible retour est principalement dû à notre choix méthodologique.

Dans les graphiques qui vont suivre, le groupe du syndrome dépressif (Groupe 1) est représenté en bleu et le groupe de la dépression du post-partum (Groupe 2) en violet.

5-3-1) Les données générales.

5-3-1-2- L'âge.

Dans le groupe du syndrome dépressif, l'âge moyen est de 28.8 ans et s'étend de 18 ans à 44 ans (tableau 1). Dans le deuxième groupe où la dépression post-natale est diagnostiquée, l'âge moyen est de 30.7 ans.

Tableau 1

Age maternel	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Syndrome dépressif (J3)	28.8 ans	+/- 5.8	18	44
Dépression post-natale	30.7 ans	+/- 5.2	19	37

5-3-1-2- L'origine géographique

Tableau 2

Origine géographique	Groupe 1 EPDS>9	Groupe 2 Dépression	RR à 5 %	Chi²	Fisher
Européenne	16.1 %	100 %	0.62 [0.41-0.95]	0.04	0.04
Autre	25.6%	-	1.75 [1.2-2.96]	0.03	0.04

L'origine autre qu'européenne apparaît comme un facteur de risque dans le groupe 1. Le faible effectif du groupe 2 ne nous permet pas de conclure sur

cette variable car il se compose essentiellement de femmes d'origine européenne (Cf. biais et limites).

5-3-1-3-Autres données générales.

La condition socio professionnelle ainsi que le jeune âge maternel, le statut marital, les aides sociales et le lieu d'habitation n'ont pas d'influence sur la survenue du syndrome dépressif et de la dépression post-natale (Cf. annexes).

5-3-2) Les antécédents maternels.

5-3-2-1-Les antécédents familiaux.

Ils sont peu recherchés dans les dossiers obstétricaux alors qu'ils peuvent affecter le psychisme de la femme enceinte (dépression et décès d'un parent / Cf. tableaux 3).

Tableau 3 : Les antécédents familiaux.

Antécédents familiaux dans le groupe1	oui	non	Non renseigné
Dépression (%)	0	18.3	81.7
Décès parental (%)	6.7	21.7	71.7
Antécédents familiaux dans le groupe 2	oui	non	Non renseigné
Dépression (%)	0	0	100
Décès parental (%)	0	0	100

5-3-2-2- Les antécédents personnels.

Ils sont, eux aussi, peu ou pas recherchés (cf tableau 4 et 5).

Tableau 4 : les antécédents personnels dans le groupe 1.

Antécédents personnels dans le groupe 1	oui	non	Non renseigné
Terrain à risque (%)	3.3	18.3	78.3
Dépression (%)	4.2	17.5	78.3

Antécédents de DPP	oui	non	Non renseigné
Après G1 (%)	12	12	76
Après G2 (%)	5	5	90
Après G3 (%)	0	2	98

Tableau 5 : les antécédents personnels dans le groupe 2

Antécédents personnels dans le groupe 2	oui	non	Non renseigné
Terrain à risque (%)	0	0	100
Dépression (%)	0	0	100

Antécédents de DPP	oui	non	non renseigné
Après G1 (%)	0	0	100
Après G2 (%)	0	0	100
Après G3 (%)	0	0	100

Rarement recherchées par les praticiens, ces variables ne peuvent pas être exploitées dans notre analyse des facteurs de risque de survenue d'un syndrome dépressif ou d'une dépression post natale.

5-3-3) les toxiques et violences (Cf. annexes).

5-3-3-1- Les toxiques.

Quels qu'ils soient, ils n'influencent pas sur la survenue du syndrome dépressif ou de la dépression du post-partum.

5-3-3-2-Les violences.

Sur les 120 patientes du groupe 1 : 24 déclarent être ou avoir été victimes de violences (23.8%) et 9 femmes ont un dossier non renseigné, soit 19.6%.

Pour ces 24 femmes, 12 dossiers sont non renseignés sur le type de violences subies soit 50 %.

Le groupe 2 ne peut être étudié : sur les 12 patientes, une seule femme admet avoir été victime de violence.

5-3-4) le déroulement de la grossesse.

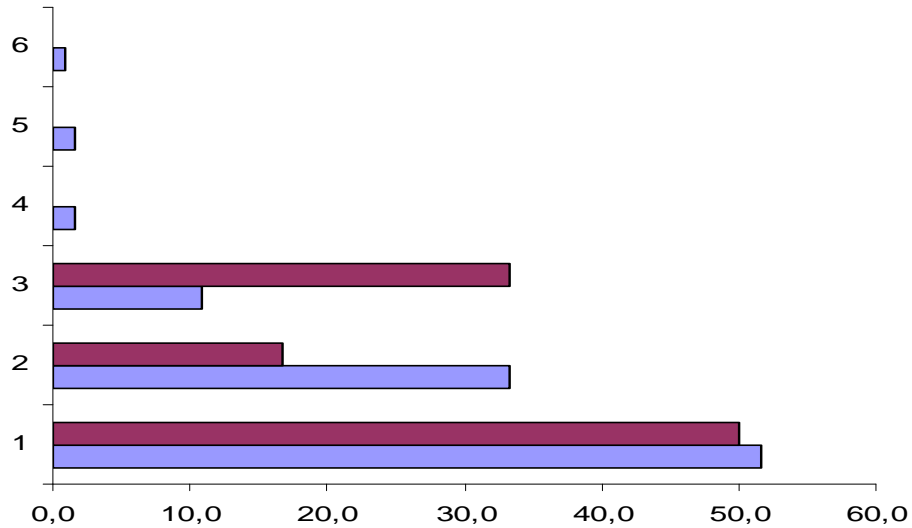
5-3-4-1- La préparation à l'accouchement.

Dans le groupe 1, la préparation à l'accouchement a été pratiquée par 45.8% des patientes (26.7% dossiers ne sont pas renseignés) et par 66.7% dans le groupe 2.

L'analyse ne montre aucune significativité de cette variable (Cf annexes).

5-3-4-2-La parité

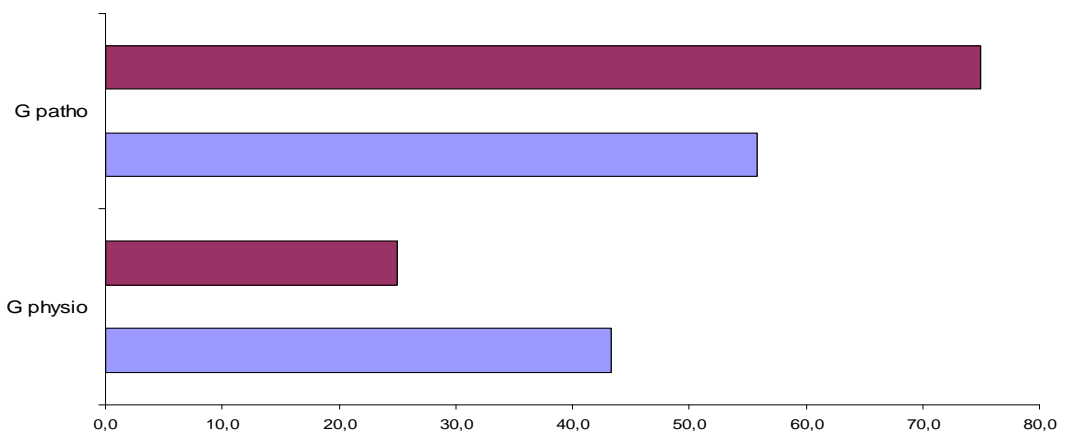
Le groupe 1 est représenté en bleu, le groupe 2 en violet.



Graph.F : La répartition de la parité dans les deux groupes.

L'étude n'observe aucune différence notable de survenue du syndrome dépressif et de la dépression post-natale entre les primipares et les multipares, quel que soit le groupe (Cf annexes).

5-3-4-3- Le déroulement de la grossesse (Cf graph.4)



Graph.G : Déroulement de la grossesse dans les deux groupes.

Les grossesses gémellaires sont incluses dans ce graphique (Trois grossesses gémellaires sont physiologiques ; deux autres ont nécessités une hospitalisation et sont donc considérées comme pathologiques).

Le déroulement de la grossesse quel qu'il soit n'a pas d'influence sur la survenue du syndrome dépressif ou de la dépression du post partum.

5-3-5) l'accouchement.

5-3-5-1-Le terme.

Le terme de l'accouchement varie de 24 SA à 42 SA (Cf. tableau 7).

Tableau 7

	Groupe 1 EPDS >9	Groupe 2 Dépression	RR à 5%	Chi ²	Fisher
24-30 SA	30.8 %	-	3.84 [1.63-9.07]	ND	0.02
31-36 SA	10.7 %	-	1.33 [0.66-3.09]	0.43	0.38
37-42 SA	58.5%	100 %	0.49 [0.32-0.76]	0.003	0.005

L'étude compare la prématurité (sévère et légère) aux naissances à terme. Elle montre que la prématurité sévère est pourvoyeuse de syndrome dépressif mais pas de dépression.

Les services néonataux proposent aux parents de rencontrer la psychologue durant le séjour de leur enfant. Cette possibilité permet donc une prise en charge et un soutien psychologique précoces susceptibles de prévenir la décompensation dépressive maternelle.

L'accouchement à terme serait protecteur dans le groupe 1. Le faible effectif du groupe 2 ne nous permet pas de conclure mais nous pouvons constater que les femmes ayant développé une dépression ont toutes accouchées à terme.

5-3-5-2-Le mode d'accouchement.

Tableau 8

	Groupe 1 EPDS>9	Groupe 2 Dépression	RR à 5 %	Chi²	Fisher
Accouchement par voie basse	70.8 %	75 %	0.83 [0.58-1.18]	0.30	0.31
Accouchement par extraction instrumentale	10.8 %	8.3%	1.11 [0.66-1.87]	0.69	0.74
Césarienne programmée	5 %	0	0.58 [0.27-1.27]	0.15	0.20
Césarienne en urgence.	13.3 %	16.7%	2.09 [1.35-3.24] 2.71 [0.61-12.05]	0.002 ND	0.004 0.2

La césarienne en urgence apparaît comme un facteur de risque dans le groupe 1 uniquement.

5-3-5-3 L'anesthésie.

La présence ou non d'une anesthésie n'apparaît pas comme facteur prédictif.

5-3-5-4 L'état de l'enfant à la naissance (Cf tableau 9).

Tableau 9 : L'état de l'enfant à la naissance.

	Groupe1 EPDS>9	Groupe2 Dépression	RR à 5 %	Chi²	Fisher
Pédiatre	32.5 %		1.37 [0.97-1.93]	0.07	0.08
		16.7 %	0.56 [0.14-2.3]	ND	0.49
Bilan sanguin	13.3 %		1.56 [0.98-2.47]	0.07	0.08
		0	0.45 [0.07-3.14]	ND	0.67
Intubation	2.5 %		3.01 [1.33-6.82]	ND	0.06
		0	?	ND	1
Transfert	22.5 %		1.42 [1.29-1.59]	0	0
		8.3 %	3.91 [1.55-27.93]	ND	0.15
Couveuse	20 %		1.24 [0.83-1.86]	0.3	0.28
		0	?	ND	0.1

La présence du pédiatre, le bilan sanguin en salle de naissance ainsi que l'intubation sont des facteurs proches de la significativité pour le groupe 1 contrairement au groupe 2.

En revanche, le transfert de l'enfant soit immédiat, soit secondaire, est un facteur de risque important dans les deux groupes mais il n'est significatif que dans le syndrome dépressif en raison du faible effectif de la dépression du post-partum.

5-3-6) Le déroulement des suites de couches.

5-3-6-1 : Le déroulement du séjour en Suites de Couches.

Tableau 10.

	Groupe 1 EPDS>9	Groupe 2 Dépression	RR à 5%	Chi ²	Fisher
SDC physio	16.1 %		0.46 [0.39-0.74]	0.003	0.006
		13.5 %	0.24 [0.10-0.60]	N D	0.01
SDC patho	35.1 %		2.59 [1.12-4.56]	0.009	0.01
		55.6 %	1.52 [0.85-2.85]	0.14	0.16

L'aspect physiologique du séjour est un facteur protecteur contre le syndrome dépressif et la dépression du post-partum. En outre, le déroulement pathologique n'influence que sur la survenue du syndrome dépressif.

5-3-6-2 La relation mère-enfant.

Tableau 11 : La relation mère-enfant dans les deux groupes.

	Groupe 1 EPDS>9	Groupe 2 Dépression	RR à 5 %	Chi ²	Fisher
Relation bonne	53.3 %		0.52 [0.38-0.72]	0	0.001
		29.3 %	0.54 [0.33-0.87]	ND	0.014
Encadrement	46.7 %		1.92 [1.39-2.65]	0	0.0001
		17.6 %	1.43 [0.95-2.99]	ND	0.09

Cette variable est un critère essentiel à prendre en compte.

L'encadrement (à savoir deux jours où le bain est montré puis encadré ou trois jours d'encadrement pour le bain) est un facteur de risque qu'il ne faut pas négliger pour le groupe 1.

Pour le groupe 2, la significativité est proche mais elle n'est pas mise en évidence du fait de la faiblesse de l'effectif.

Au contraire, une relation considérée comme bonne par l'équipe soignante est un facteur protecteur pour les deux groupes.

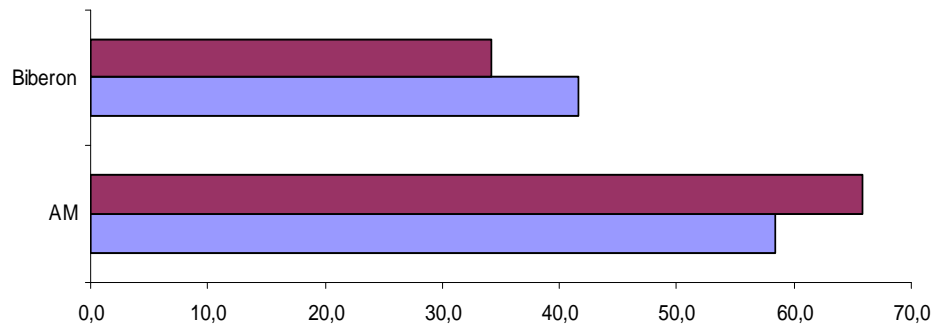
Tableau 12 : Le syndrome dépressif et la dépression en fonction de l'encadrement et de la parité.

	Groupe 1 EPDS>9	Groupe 2 Dépression	OR à 95 %	RR à 5 %	Chi ²	Fisher
Encadr. de la primipare	23.3%		1.76 [0.96-3.22]	1.57 [1.01-2.42]	0.05	0.05
		8.4 % n=1	0.38 [0.02-3.41]	0.38 [0.05-3.23]	0.36	0.67
Encadr. de la multipare	41.7%		2.87 [1.55-5.32]	2.39 [1.50-3.79]	0.0002	0.0004
		8.4% n=1	0.51 [0.02-4.59]	0.51 [0.06-4.33]	0.52	1

L'encadrement de la multipare est un facteur de risque alors que celui de la primipare est à la limite de la significativité dans le groupe 1.

Ce résultat ne se confirme pas dans le groupe 2 mais la petite taille de l'échantillon amoindrit la puissance du croisement.

5-3-6-3- Le mode d'alimentation du nouveau né à la sortie.



Graph.H : L'alimentation à la sortie de la maternité.

Le mode d'alimentation est sans particularité dans les deux populations observées (Cf. annexes).

5-3-6-4- Autres paramètres néonataux.

La prise de poids néonatale et les complications sans transfert (Ictère...) ne sont pas significatives.

5-3-6-5 Les complications durant le séjour (tableau 11).

Tableau 13 : les complications à moyen terme.

	Groupe 1 EPDS>9	Groupe 2 Dépression	RR à 5 %	Chi ²	Fisher
Fatigue	20 %		2.09 [1.49-2.94]	0	0.0001
		25 %	0.74 [0.22- 2.42]	ND	0.73
Anémie	20 %		1.45 [0.98-2.15]	0.07	0.09
		42.9 %	3.36 [1.28-8.78]	ND	0.02
Douleur	27.5 %		1.10 [0.77-1.59]	0.59	0.64
		20 %	3.62 [1.33-9.87]	ND	0.03

Les complications telles qu'un état de fatigue associé à une plainte somatique de la patiente, est un facteur de risque dans le groupe 1 qui n'est pas retrouvé dans le groupe 2 ; à l'inverse de l'anémie à 9 g/dL et de la douleur associée à une plainte somatique.

5-3-7) La régression logistique pas à pas ascendant avec SPSS 14.0

Elle consiste à mettre en relation les différentes variables significatives observées dans notre étude afin de déterminer avec plus de précision leur importance sur la survenue du syndrome dépressif.

En ce qui concerne la dépression du post-partum, la faiblesse de l'effectif nous empêche de procéder de la même manière.

Les variables suivantes ont été mises en relation: le terme, le transfert de l'enfant dès la salle de naissance, le déroulement des suites de couches et la relation mère-enfant.

Seules deux variables sont ressorties de cette régression : le déroulement des suites de couches et le transfert pédiatrique (Cf. tableau 12).

Tableau 12 : Les variables influentes.

	OR à 95 %	IC à 95 %	p
Suites de couches :			
Physiologiques	1	1.13-5.39	0.025
Pathologiques	2.69		
Transfert du NNé :			
Non	1	1.54-5.74	0.01
oui	2.97		

Ce tableau nous montre que le transfert de l'enfant est plus significatif que le déroulement des suites de couches.

6- Les limites et les biais de l'étude.

6-1) Les limites.

Les limites de cette étude sont nombreuses.

La première est le manque d'observation clinique de la patiente et de sa relation naissante avec son enfant, au cours de son séjour en maternité. Cette absence nous a amenée à créer une variable « Relation mère-enfant » subjective à partir du diagramme de soins des auxiliaires de puériculture. Malgré cet aspect aléatoire, elle nous montre un facteur de risque non négligeable dans le dépistage.

La deuxième est l'absence de prise en compte de l'évolutivité de la maladie dépressive. Les grandes études précédentes ont aménagé une ou plusieurs rencontres post-natales afin d'obtenir progressivement et de manière continue des renseignements sur cette dyade et d'en évaluer son évolution. Cette notion d'évolution est figée à l'instant T dans notre étude sans possibilité d'élargissement. En effet, elle s'appuie exclusivement sur les renseignements recherchés et compulsés dans le dossier obstétrical : elle est donc praticien dépendant.

Le versant paternel n'a pu être exploré par manque d'informations. Il en va de même pour les antécédents familiaux et personnels psychiatriques qui sont peu ou pas recherchés.

La troisième concerne la méthodologie. Notre premier choix s'était porté sur l'envoi systématique du second questionnaire à toutes les patientes étant sorties entre le 1^{er} avril et le 30 Août 2007 (avec une enveloppe retour timbrée). Le coût financier (0.90€ X 700 patientes) ne pouvait être supporté ni par le service ni par moi-même. Notre choix s'est donc orienté vers un

renvoi par le médecin pratiquant la visite post-natale pour les femmes ayant un score ≥ 9 . Ce choix nous permettait de limiter le biais de non réponse. Cette méthodologie a montrée ces limites dès la fin de l'entrée de tous les dossiers sans possibilité de la remettre en cause. En effet, seuls douze questionnaires nous ont été retournée sur les 120 patientes.

6-2) Le biais de mesure.

L'effectif du groupe 2, limité à 12 patientes, ne nous permet pas de suivre l'évolutivité du syndrome dépressif de ce fait, l'étude reste inachevée sur le versant post-partum tardif.

De plus, les résultats obtenus pour la dépression du post-partum sont sûrement et largement sous estimés : les résultats proches d'une significativité pourraient se modifier avec un effectif supérieur.

6-3) Le biais de sélection.

Parmi les 1208 dossiers de départ, une population de 700 parturientes est retenue. Il existe là un biais de sélection évident de la part des professionnels de santé, involontaire du fait de la charge de travail dans le service.

6-4) le biais de non réponse

De la part des patientes elles même, nous pouvons supposer que certaines n'ont pas rempli le questionnaire (de manière consciente ou inconsciente) afin de ne pas être « pistée ».

Le questionnaire de Cox est certes simple dans son vocabulaire mais il permet aux femmes de percevoir la conduite à tenir des professionnels en cas de réponse « pathologique ».

De la part des médecins qui ont été sollicités pour l'étude et qui n'ont pas répondu, le biais de non réponse s'est accentué.

6-5) Le biais de non recherche.

Ce biais souligne les tabous du professionnel à rechercher les violences, les antécédents familiaux et personnels psychiques.

6-6) Le biais d'accès aux soins.

On peut souligner que le groupe 2 est constitué uniquement de femmes d'origine européenne. Ce facteur peut nous amener à nous interroger sur le suivi des autres femmes après la naissance.

Ces femmes font suivre leur grossesse pour le bien de l'enfant à venir et non pour elles même. Culturellement, le recours aux soins se fait lorsque la santé physique est vacillante. Le soutien et la solidarité de leur communauté est important dans les premiers mois qui suivent la naissance. Mais qu'en est-il des « déracinées » loin de leur famille et des femmes en situation irrégulière?

7- La discussion.

7-1) La fréquence de la dépression du post partum.

L'utilisation de l'EPDS montre une prévalence de 17.1 % des femmes développant un syndrome dépressif au deuxième ou au troisième jour du post partum, ce qui est conforme aux valeurs retrouvées dans la littérature

Le syndrome dépressif du post partum selon Teissèdre et Chabrol (2004) [30], tableau p.23 concède une valeur prédictive positive de 39.4 %. Dans notre étude et au vue de notre méthodologie, seules 25.6 % des femmes (soit 12 patientes) ont été dépistées si nous partons de l'hypothèse que toutes les femmes dépressives nous ont été adressées. Cette variation pourrait s'expliquer par une valeur prédictive négative augmentée du fait d'une interférence avec un baby blues intense, contemporain de la passation du questionnaire d'Edinbourg.

Or le taux de dépression vraie du post partum (<2%) est dans ce cas très inférieur aux valeurs de la littérature : la dépression complique 10 à 20 % des naissances. Cette constatation nous confirme le biais de non réponse des médecins.

Outre l'outil de dépistage, une des différences notable de notre étude est l'absence d'évaluation dynamique de la relation mère-enfant.

L'inconvénient majeur de cette analyse est le faible effectif du groupe développant une dépression du post-partum. Il nous amène à modérer la validité de tous les résultats obtenus pour ce groupe.

7-2) les différents facteurs.

7-2-1) Les données générales.

Quelles qu'elles soient, elles ne se montrent pas significatives par rapport à la survenue du syndrome dépressif et/ou de la dépression.

Dans notre étude, nous n'avons pas observé de relation avec l'âge maternel. Ce résultat confirme ce qui est généralement admis (O'HARAS MW et al [35]).

LEMAITRE-SILLERE [15] ne montre pas de significativité selon la parité, le statut marital et la condition socio-économique. Contrairement aux travaux d'OLIVIER LAMBERT [37], au CHU de Lille, qui atteste que le concubinage est un facteur de risque de dépression.

7-2-2) Les origines géographiques.

En dehors de l'origine géographique, nous n'avons pas mis en évidence d'autres facteurs d'isolement susceptibles d'influencer la pathologie dépressive. Dans son étude, CAZAS [18] affirme que tous les facteurs concourant à un isolement (notamment la différence culturelle) sont potentiellement influents.

Notre second groupe étant composé de 12 femmes d'origine européenne, cette hypothèse ne peut cependant pas être écartée.

7-2-3) les antécédents et les violences.

Les antécédents (familiaux et personnels) ainsi que les violences sont des facteurs pouvant affecter le psychisme de la patiente. Notre étude, à l'inverse d'OLIVIER LAMBERT et de CAZAS, ne peut corroborer ce lien, du fait du biais de non recherche. OLIVIER LAMBERT met en évidence la prise d'un traitement psychotrope antérieur à la grossesse.

7-2-4) la place du père.

LEMAITRE-SIILERE observe qu'au cours du premier trimestre, la place du père n'influence pas la survenue du syndrome dépressif. Mais au-delà, l'image de ce dernier prend une importance notable. Dans le syndrome dépressif, elle s'altère voire même est dénigrée par la femme elle-même. GUEDENEY N dans son étude sur la population parisienne [29] remarque que lors des entretiens faits à la PMI, le père accompagnait rarement la mère. Ce versant paternel reste inexploré dans notre travail en raison du manque d'information et de l'absence d'interview.

7-2-4) Le déroulement de la grossesse.

La primiparité comme le suivi médicalisée de la grossesse et/ou son caractère pathologique sont classiquement décrits comme des facteurs de risque. DELZENNE et POINSO [37] montre que les facteurs médicaux et sociaux comme le suivi médicalisé d'une grossesse et/ou son hospitalisation ainsi que la primiparité favorisent la survenue de trouble dépressif.

Cette hypothèse n'est pas validée dans nos travaux, bien que 75% des femmes développant une dépression du post-partum ont eu un déroulement de grossesse pathologique (suivi par le service de Suivi Intensif de Grossesse et/ou une hospitalisation).

7-2-5) Les modalités de l'accouchement.

Bien qu'il fût admis par LEMPERIERE en 1983 que l'accouchement par césarienne constituait un facteur de risque, les études actuelles prouvent que ce mode d'accouchement n'altère en rien la santé psychique de la patiente (LEMPERIERE 2005 [38]). Notre étude illustre pourtant un risque augmenté de syndrome dépressif lorsque la césarienne est effectuée dans un contexte d'urgence. De manière générale, une naissance traumatique associée à une sensation d'échec, de peur et/ou de douleur majore le risque de Baby Blues intense et de dépression du post partum. Le risque post traumatique est quant à lui important avec une perte de l'estime de soi. [35].

7-2-5) L'état de l'enfant nouveau né.

L'état de l'enfant à la naissance est très lié au terme de l'accouchement et au transfert de l'enfant, surtout pour le syndrome dépressif du post partum immédiat. La présence du pédiatre, le bilan sanguin en salle de naissance et l'intubation sont trois facteurs qui sont très liés à la prématurité. Ils ont un indice de confiance significatif mais le test de Chi² n'est pas corrélé.

La prématurité influence la survenue du syndrome dépressif uniquement. Nous avons déjà évoqué la prise en charge psychologique des parents au cours du séjour de leur enfant. DELZENNE et POINSO [37] ne retrouvent pas de corrélation avec l'hospitalisation des prématurés. GUARALDI et al. [39] en Italie attestent de l'importance des séparations précoces mère-enfant pour des motifs organiques ou institutionnels sans prouver leur significativité.

7-2-6) le déroulement des suites de couches.

Le déroulement physiologique des suites de couches apparaît dans notre étude comme un facteur protecteur. Ce paramètre n'est pas retrouvé dans d'autres études. En effet, elles s'appuient sur le ressenti maternel, absent dans nos travaux.

Toutes conséquences de l'accouchement entraînant des plaintes somatiques répétées au cours du séjour doivent être des signaux d'alerte pour les professionnels. Nous mettons en évidence la fatigue dans le syndrome dépressif puis l'anémie dans la dépression du post partum comme étant des facteurs de risque. A court terme, le manque de sommeil et les difficultés d'endormissement sont considérés par de nombreux auteurs comme non significatifs du fait du rythme de l'enfant.

7-2-7) La relation mère-enfant.

La relation mère-enfant est un critère d'appréciation et d'évaluation indispensable. Nos travaux ne comprenant aucun entretien, cette variable est quelque peu subjective. En effet, elle s'appuie sur les observations des auxiliaires de puériculture qui se sont succédées auprès de la dyade. Le

terme est volontairement choisi car il traduit la diversité des points de vue et des pratiques sans fournir d'explication à cet encadrement « excessif ». ROCHETTE ET MELLIER [40] notent l'importance de la souffrance de la dyade mère-enfant et LEMAITRE-SILLERE montre l'importance de cette distorsion précoce des relations avant même l'apparition de la décompensation clinique maternelle.

La variable relation mère-enfant nous interroge : Est-ce la bienveillance de l'équipe face à une mère en difficulté pour la valoriser et l'assurer dans ces gestes de nursing ou est-ce la volonté des auxiliaires de garder leur rôle d'accompagnatrice pendant un temps déterminé ?

Une présence trop proche, trop intrusive peut s'avérer anxiogène et néfaste pour l'instauration de la capacité maternelle.

Au vu des résultats, notamment la comparaison entre les primipares et les multipares (cette variable se révèle significative pour l'encadrement des multipares), la première hypothèse semble la plus vraisemblable. Dans le groupe de la dépression du post partum, cette variable est à la limite de la significativité (L'indice de confiance est de 0.99-2.99 et le test de Fisher de 0.09). Peut être qu'un effectif plus important nous aurait permis de conclure.

7-2-8) Le mode d'alimentation du nouveau né.

Bien que l'allaitement maternel soit classiquement décrit comme le prolongement du lien établi au cours de la grossesse, notre recherche ne montre aucun aspect positif ou négatif de ce mode d'alimentation. LEMAITRE-SILLERE le décrit comme protecteur du syndrome dépressif lorsque sa durée est supérieure à 4 semaines. Le sevrage ou une tentative d'allaitement (1 femmes dans notre travail) accentuent le syndrome dépressif.

7-2-9) En conclusion.

La majorité des facteurs de risque sont donc détectables dans le service des suites de couches par l'ensemble de l'équipe soignante.

Le fonctionnement de l'équipe doit s'adapter au jeune couple mère-enfant afin de l'observer et de comprendre sa construction. Sur des impressions cliniques, le questionnaire d'Edimbourg permet d'affirmer ou d'infirmer le doute du ou des professionnels. Il est un outil supplémentaire dans le dépistage et dans la prise en charge des patientes. Actuellement, il est distribué de manière systématique.

Ce travail, malgré ses faiblesses, doit amener une réflexion sur l'emploi de l'EPDS en fonction de l'organisation du service et sur les méthodes de travail du personnel.

Toutes les femmes et notamment les primipares, font l'objet d'un « signalement » à la PMI de leur quartier. Ce réseau ville-hôpital pourrait être complété par le réseau des sages femmes libérales. Dans d'autres pays d'Europe, les suites de couches à domicile par les sages femmes libérales sont très répandues. En France, peu de femmes en bénéficient car les conditions de mise en place s'apparentent un peu à celles des sorties précoces (une anticipation au cours de la grossesse est préférable pour la femme comme pour la sage femme).

Ce consensus pourrait, alors que la durée du séjour diminue, prolonger le suivi dans le post partum et donc le dépistage de la dépression du post-natale (dont le diagnostic se fait au moyen ou long terme)

Notre étude a montré ces faiblesses et ses limites, elle reste même inachevée sur certains points. Il serait bénéfique de la reconduire mais cette fois-ci, prospective avec des entretiens et à plus grande échelle. L'intérêt des entretiens est double : évaluer la relation mère-enfant dans le temps et de récupérer les renseignements non recherchés lors des consultations obstétricales.

Il serait aussi intéressant de connaître le ressenti des femmes lors de la passation de questionnaire.

Cette seconde étude influencerait probablement sur l'organisation du service. Dans tous les cas, elle sensibiliserait les équipes à la dépression car pour qu'une information soit bien assimilée, elle doit être répétée.

En 2006, RIGHETTI-VELTEMA et al [41] a publié une étude sur le dépistage prépartum de la dépression du post-partum. Réalisée dans 3 villes différentes : Yverdon–les–Bains en Suisse avec un hôpital et un centre prénatal, Paris avec deux maternités incluses et Bilbao avec un hôpital. Le questionnaire de Genève a pour but de définir des populations à risque au cours de la grossesse sans pour autant les stigmatiser. Il présente une spécificité de 86 % et une valeur prédictive positive de 34 % mais ces données sont encore en cours de validation.

8- Conclusion.

En 1949, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la Santé comme étant « un état complet de bien être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. »

La Médecine périnatale a certes fait des progrès importants dans la prise en charge pédiatrique et obstétricale mais sur le plan psychiatrique, elle amorce depuis peu sa recherche sur l'importance des troubles psychotiques du post partum.

Aujourd'hui, considérée comme un problème de santé publique, la dépression du post partum est dépitée dans le but d'améliorer sa prise en charge et d'amoinrir ses impacts maternels, infantiles, familiaux et conjugaux. Jusqu'à présent, elle reste une pathologie sous estimée, impliquant un diagnostic et un traitement peu adaptés.

Ce n'est qu'au prix d'une prise de conscience collective et de la rupture avec nos tabous sociétaux, que nous, professionnels de Santé, réussiront à appliquer la définition de l'O.M.S et à apporter aux mères dépressives une réponse adéquate.

9- La Bibliographie.

[1] Racamier P.C. De psychanalyse en psychiatrie. Paris : Payot ; 1979.
612p

[2] Ferreri M., Heim A., Nuss P., Heim N., Philippe H-J. Troubles psychiatriques du post-partum. EMC Obstétrique [5-110-B-10] [http://www.emc-consulte.com/afficher-article?item=7983&querytext=\(\(\(\('troubles'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)<AND>\('psychiatriques'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)<AND>\('post'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)<AND>\('partum'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)\)\)\)\)&frompagenumber=1&filetype=1](http://www.emc-consulte.com/afficher-article?item=7983&querytext=(((('troubles'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))<AND>('psychiatriques'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))<AND>('post'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))<AND>('partum'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))))))&frompagenumber=1&filetype=1)

[3] Winicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot : 1969.

[4] Lempérière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-660-A-10.1984 : 1-12

[5] Guédeney A, Bungener C, Widlocher D. Le post-partum blues: revue critique de la littérature. Psychiatr Enf 1993, XXXVI, 1 :329-354.

[6] Pitt B. Atypical depression following Childbirth, Brit.J.Psychiatry, 1968, 136: 339-346

[7] D.S.M.IV : Mini DSM IV critères diagnostiques. Paris, Masson, 1996 : 384.

[8] Appleby L., Grégoire A., Platz C., et col. Screening women for high risk of postnatal depression. Journal of Psychosomatic Research, 1994, 38, 539-545

[9] Appleby L., Mortensen P.B., Faragher E.B. Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *Br.J.Psychiatry*, 1998, 173, 209-211

[10] Guédeney N. Revue critique des problèmes d'actualité : Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'enfant*, 1989, XXXII, 1 : 269-309.

[11] Gotlib IH, Whiffen VF, Wallaoe PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression :factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 122-132

[12]O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of post partum blues. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801-806.

[13] Murray L, Cooper PJ. The impact of post-partum depression on child development. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 55-63.

[14] Delassus J-M. *Le sens de la maternité*. Paris, Dunod, 1995, 228p.

[15] Lemaitre-Sillère V, Meunier A., Hérubel A., Choquet M-C. « BABY – BLUES » Dépression de « post partum » et perturbation des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie. *Psychiatrie de l'enfant*, 1989, XXXII, 1:161-208.

[16] Romito P postpartum depression and the experience of motherhood. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 154:1-37.

[17] Winnicott DW., *Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant (1967)*, *Jeux et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

[18] Cazas O. Les dépressions chez la femme liées à la puerpéralité : fréquence ; impact sur le bébé, la famille, traitement, une préventionest-elle possible ? *Nervure*, Octobre 1999, Tome XII, N°7 : 3 5-39.

- [19] Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzeno J. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression *post partum*. *Psychiatrie de l'enfant*, 2006, XLIX, 2, 513-541.
- [20] Delassus JM. *Devenir mère: La naissance d'un amour*. Dunod, Paris, 1998
- [21] *Bébé 2000*, les révolutions de la parenté. *Cahiers de maternologie*, revue semestrielle de la maternité psychique, juillet-décembre 1998, N°11.
- [22] *Quinze ans de maternologie : bilan*. *Cahiers de maternologie*, revue semestrielle de la maternité psychique, janvier-juin 2002, N°18.
- [23] *Accouchement Naissance et Regard*. *Cahiers de maternologie*, revue semestrielle de la maternité psychique, janvier-juillet 2003, N°20.
- [24] Delaunois MM, Miel C. L'approche maternologique dans un service de maternité. *Soins pédiatrie – puériculture*, jan/fév.2000, N°192 : 29-32.
- [25] Brandt L, Delassus JM. Soigner en maternologie, le principe du non-agir. *Soins pédiatrie- puériculture*, jan/fév.2000, N°192 : 22-23.
- [26] Boureau-Louvet V, Dutray F. Le diagnostic en maternologie. *Soins pédiatrie – puériculture*, jan/fév.2000, N°192 :20-21.
- [27] Débray R. *Clinique de l'expression somatique*. Lausanne –Paris, Delachaux et Niestlé, 1996: 227-228.
- [28] Cox JL, Holden JM, Sagowsky R. Direction of postnatal depression. Development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150;782-786.

[29] Guédeney N, Fermanian J, Guelfi J.D, Delour M. Premiers résultats de la traduction de *l'Edinburgh Post-natal Depression Scale* sur une population parisienne. *Devenir*, 1995, Vol.7, N°2 : 69-92.

[30] Teissedre F, Chabrol H. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post partum: une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*.2004, 52 : 266-273.

[31] Darves-Bornoz J-M., Gaillard P., Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse :la mère et l'enfant. EMC Obstétrique [5-046-A-10] [http://www.emc-consulte.com/afficher-article?item=7909&querytext=\(\(\(\('troubles'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)<AND>\('psychiatriques'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)<AND>\('post'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)<AND>\('partum'<IN>\(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html\)\)\)\)&frompagenumber=1&filetype=1](http://www.emc-consulte.com/afficher-article?item=7909&querytext=(((('troubles'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))<AND>('psychiatriques'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))<AND>('post'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))<AND>('partum'<IN>(booksjournals,%20art,%20article,%20simple-article,%20html))))&frompagenumber=1&filetype=1)

[32] Appleby L., Warner R., Whitton A. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *BMJ*,1997, Vol. 314, 932-936.

[33] Thio IM, Oakley Browne MA, Coverdale JH, Argyle N. Postnatal depressive symptoms go largely untreated. A probability study in urban New Zealand. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41: 814-818.

[34] 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*, January 2004, Vol 49, N°1: 769-772.

[35] O'Haras MW, Swain M. Rates and risk of post partum depression. A meta-analysis. *Interne Revue of psychiatry*, 1996, 8, 37-54.

[36] OLIVIER LAMBERT N. Du post-partum blues à la dépression postnatal. *Nervure*, Octobre 2000, tome XIII, n°7, 22-24.

[37] Delzenne V, Poinso F, Thirion X, Samulian JC. Vers un soin précoce de la dépression du post partum. Travail en réseau et résultats d'une enquête épidémiologique et clinique en maternité. *Psychiatrie de l'enfant*, 1996, XXXIX,1, 297-331.

[38] LEMPERIERE T, MURPHY DJ, PETERS TJ. Operative delivery and post natal depression: a cohort study. *BMJ*, 2005, 330, 339-881.

[39] GUARALDI GP, CAFFO E, CIBELLI D, MAGNANI G, TASSI MR, BOZANI R. Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant pendant les trois premiers mois de vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, 33 (2-3), 129-133.

[40] ROCHETTE J et MELLIER D. Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post partum : stratégies préventives pour un travail en réseau. *Devenir*, 2007, Vol.19, n°2, 81-108.

[41] Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression post partum. *Psychiatrie de l'enfant*, 2006, XLIX, 2, 513-541.

[42] Gohier Guisseau M. Le dépressif maternel, Prévention et dépistage des dépressions de la maternité. Nantes, Thèse de Psychiatrie, 2002 : 168 pages.

[43] Giovannoni C. Les psychoses du post partum. La maternité : une période psychologique à risque. Nantes, Ecole de Sage-femme, mémoire 2006 : 61 pages

[44] Lasne G. Peut-on prévenir la dépression du post partum ?. Nantes, Ecole de Sage-femme, mémoire 2002 : 49 pages.

10- Les annexes.

10-1) Tableau récapitulatif de croisements statistiques.

Variables	EPDS≥9 (%)	Dépression (%)	RR à 5%	Chi²	Fisher
Origine					
européenne	16.1		0.63 [0.41-0.95]	0.04	0.04
		100	?	ND	0.38
autre	25.6		1.75 [1.2-2.96]	0.03	0.04
Cadres	12.7		0.68 [0.44-1.07]	0.08	0.10
autres	18.5				
		27.3	1.54 [0.48-4.7]	ND	0.68
		18			
Couple	16.6		0.71 [0.42-1.19]	0.21	0.24
Célibataire	25.6				
		22.6	0.88 [0.37-2.10]	ND	0.57
		0			
Aides sociales	23.9		1.45 [0.92-2.31]	0.12	0.36
Sans aides	16.4				
		0	1.43 [0.71-2.87]	ND	0.37
		22.6			
Ville	19.3		1.33 [0.95-1.86]	0.09	0.11
Campagne	14.5				
		14.7	0.57 [0.20-1.59]	0.27	0.34
		25.9			
Tabac avant G					
Oui	7.3		0.51 [0.16-1.58]	0.97	1
non	14.3				
		26.3	?	ND	0.69
		0			

Variables	EPDS≥9 (%)	Dépression (%)	RR à 5%	Chi²	Fisher
Tabac et G	8.7		1.01 [0.55-1.85]	0.97	1
Oui	8.6				
non		18.4 25.3	0.73 [0.23-2.31]	ND	0.69
Cannabis et G					
Oui	9.0		1.08 [0.66-1.78]	0.76	0.89
non	8.3	17.9 22.7	0.79 [0.28-2.19]	ND	0.74
Autres drogues					
Oui	118.		1.36 [0.36-5.12]	ND	0.65
non	8.6	50 (n=1) 18.6	2.68 [0.61-11.84]	ND	0.36
Alcool et G					
Oui	9.8		1.51 [0.86-2.65]	0.14	0.16
non	6.5	15.2 33.3	0.46 [0.17-1.28]	ND	0.15
Violences					
Ou	11.9		1.45 [0.80-2.36]	0.22	0.25
non	.2	8.3 22.4	0.37 [0.05-2.60]	ND	0.43
PPO					
Oui	45.8		0.99 [0.71-1.37]	0.95	1
non	27.5	66.7 33.3	0.76 [0.46-1.24]	ND	0.05
Primipare	47.6		1.06 [0.65-1.71]		
multipare	52.4	52 48	1.10 [0.50-2.10]	0.82	0.90
				0.75	0.80

Variables	EPDS≥9 (%)	Dépression (%)	RR à 5%	Chi²	Fisher
Déroulement G					
Physio	43.3		0.84 [0.61-1.19]	0.64	0.36
patho	55.8	25			
		75	0.51 (0.15-1.71)	ND	0.34
Terme					
24-30 SA	30.8		3.84 [1.63-9.07]	ND	0.02
		-	-		
31-36 SA	10.7		1.33 [0.66-3.09]	0.43	0.38
		-	-		
37-42 SA	58.5		0.49 [0.32-0.76]	0.003	0.005
		100	?	ND	1
Mode d'accouchement					
AVB	7.08	75	0.83 [0.58-1.18]	0.30	0.31
A. Instrumental	10.8	8.3	1.11 [0.66-1.87]	0.69	0.74
César. prog	5		0.58 [0.27-1.27]	0.15	0.20
		0	?	ND	0.07
César. urgence	13.3		2.09 [1.35-3.24]	0.002	0.004
		16.7	2.71 [0.61-12.05]	ND	0.2
Anesthésie					
Locale	63.1		0.65 [0.33-1.28]	0.20	0.24
		88.2	0.99 [0.45-2.23]	0.16	0.18
Générale	15		0.91 [0.30-2.51]	ND	1
		0	?	-	1
Aucune	21.9		0.91 [0.61-1.34]	0.64	0.73
		11.8	0.34 [0.05-2.37]	ND	0.43
Présence du Pédiatre					
Présence du Pédiatre	32.5		1.37 [0.97-1.93]	0.07	0.08
		16.7	0.56 [0.14-2.3]	ND	0.49
Bilan sanguin prélevé					
Bilan sanguin prélevé	13.3		1.56 [0.98-2.47]	0.07	0.08
		0	0.45 [0.07-3.14]	ND	0.67

Variables	EPDS≥9 (%)	Dépression (%)	RR à 5%	hi²	Fisher
Intubation	2.5		3.01 [1.33-6.82]	ND	0.06
		0	?	ND	1
Transfert	22.5		1.42 [1.29-1.59]	0	0
		8.3	3.91 [1.55-27.93]	ND	0.15
Couveuse	20		1.24 [0.83-1.86]	0.3	0.28
		0	?	ND	0.1
SDC					
Physio patho	16.1		0.46 [0.29-0.74]	0.003	0.006
	35.1	13.5 55.6	0.24 [0.1-0.6]	ND	0.01
Relation ME					
Bonne	53.3		0.52 [0.38-0.72]	0	0.001
		29.3	0.54 [0.33-0.87]	ND	0.014
encadrement	46.7		1.92 [1.39-2.65]	0	0.0001
		17.6	1.43 [0.95-2.99]	ND	0.09
Alimentation AM	28.3		1.11 [0.79-1.57]	0.53	0.60
	41.7	65.8 34.2	0.59 [0.31-1.60]	ND	0.31
Prise de poids					
Physio Patho	72		0.76 [0.42-1.31]	0.30	0.39
	18	66.7 17.8	0.36 [0.10-0.71]	ND	0.15
Complications sans transfert pédiatrique	21.9		1.29 [0.66-2.53]	0.43	0.47
		0	?	ND	0.57
Fatigue maternelle	20		2.09 [1.49-2.94]	0	0.001
		25	0.74 [0.22-2.42]	ND	0.73

Variables	EPDS≥9 (%)	Dépression (%)	RR à 5%	Chi²	Fisher
Anémie ≤9 g/dL	20		1.45 [0.98-2.15]	0.07	0.09
		42.9	3.36 [1.28-8.78]	ND	0.02
Douleur	27.5		1.10 [0.77-1.59]	0.59	0.64
		20	3.62 [1.33-9.87]	ND	0.03
Sortie précoce	16.1		0.97 [0.10-5.86]	ND	1
		0	?	ND	1

10-2) Le questionnaire d'Edimbourg.

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA DEPRESSION POSTPARTUM (EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en **cochant la réponse** qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse :

- oui tout le temps
- oui la plupart du temps
- non pas très souvent
- non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER (Cochez 1 réponse par questions)

1- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout a fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3- Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

4- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

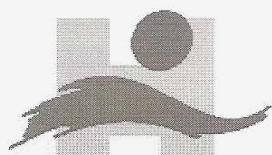
9- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10- Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

10-3) La lettre au médecin.



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

Professeur G. BOOG
tél : 02.40.08.31.74 Fax : 02.40.08.76.91

Professeur P. LOPES
tél : 02.40.08.31.75

Professeur H.J. PHILIPPE
tél : 02.40.08.43.08

ACCUEIL: 02 40 08 31 82 / 02 40 08 31 92
FAX : 02 40 08 46 48

Praticiens Hospitaliers

Docteur D. ALLAOUA
AMP Chirurg. gynéco. tél : 02.40.08.78.16

Docteur R. BOUQUIN
Chirurg. gynéco. tél : 02.40.08.78.16

Docteur Y. CAROIT
Gr à haut risque tél : 02.40.08.77.44

Docteur A.S. COUTIN
Urgences gynéco-obst. Tél : 02.40.08.77.17

Docteur E. DARNIS
Chirurg. gynéco. tél : 02.40.08.32.24

Docteur C. LE VAILLANT
Expl. Fonct. Obstét. tél : 02.40.08.33.03

Docteur A. PAUMIER
Gr à haut risque tél : 02.40.08.77.44

Docteur N. WINER
Diagnostic anténatal tél : 02.40.08.31.76

Chefs de Clinique

Dr N. CHAN

Dr J. ESBELIN

Dr H. PIGEAU

Dr S. PLOTEAU

Sage-Femme Cadre Supérieur

Mme I. DERRENDINGER

Cadres

Mme MC. BROSSEAU

Mme C. COMPAIN-DUPUY

Mme J. DABILLY

Mme A. DE LA BOURDONNAYE

Mme C. KERFORN

Mme M. LE GOFF-GAUTIER

Mme E. LE MAGUERESSE

Mme V. THOUÉILLE

Attachés

Docteur F. AUBRON

Docteur I. DAUMY

Docteur C. HERVE

Docteur V. KERLO

Docteur F. SAGOT

Docteur C. TALMANT

Docteur M. WETZEL

Docteur M. YVINEC

Pédiatres de la Maternité

Docteur C. BOSCHER

Docteur N. GODON

Anesthésistes

Tél : 02.40.08.31.94

Docteur B. BOURRELI

Docteur G. LE GOEDEC

Docteur J.-M. CORNU

Docteur S. DECAGNY

Docteur F. GREGOIRE

Docteur J. MOUTET

Docteur P. WESSEL

Biologie de la Reproduction

tél : 02.40.08.32.34

Professeur P. BARRIERE

Docteur M. JEAN

Docteur S. MIRALLIE

Docteur E. THIBAUT

POLE MERE ENFANT
Directeur Pr P. BARRIERE

GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Médecine de la reproduction et médecine fœtale

A Nantes, le

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre d'un plan national d'amélioration de la prise en charge de la **dépression du post-partum**, le CHU de Nantes a souhaité dépister les femmes à risque de cette pathologie. Nous vous écrivons pour vous proposer de nous aider dans cette prise en charge.

Ce dépistage est réalisé grâce à un questionnaire d'évaluation de la dépression post-natale, ou Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), qui est coté sur 30.

En suites de couches, votre patiente a rempli ce questionnaire une première fois. Le score obtenu a été supérieur ou égal à 9/30, ce qui indique un risque majoré de dépression du post-partum. Voici ce que nous vous proposons, si vous en êtes d'accord.

Lors de la visite post-natale, il serait souhaitable de faire remplir de nouveau ce **questionnaire** par votre patiente (questionnaire ci-joint) puis de le faire parvenir au Dr Guillemot-Mortagne, pédopsychiatre à la maternité du CHU de Nantes.

Si le score obtenu est supérieur ou égal à 11/30, le Dr Guillemot-Mortagne, se permettra, avec votre accord, de contacter votre patiente afin de lui exprimer sa disponibilité pour la rencontrer et organiser si besoin la prise en charge ultérieure. En effet, un soutien psychologique pourra s'avérer favorable non seulement pour votre patiente mais également pour la qualité du lien mère-enfant.

Si vous souhaitez contacter directement le Dr Guillemot-Mortagne pour plus de précisions, n'hésitez pas à la joindre au bip 26 10 26, en passant par le standard de l'hôpital, au 02 40 08 33 33.

Nous vous remercions, chère consœur, cher confrère, de considérer notre proposition comme un axe d'amélioration de la collaboration entre praticiens hospitaliers et médecins de ville.

Dr H.J. Philippe

Dr F. Guillemot-Mortagne

Dr A. Paumier

HOPITAL MERE ET ENFANT
38 bd Jean Monnet - 44093 NANTES CEDEX 1

Titre du mémoire :

La dépression du post partum : Le questionnaire d'Edimbourg, un moyen efficace de dépistage précoce ?

RESUME

La maternité est une période fondamentale dans la vie d'une femme : le Corps se modifie et l'Esprit se structure selon le processus de la Maternité de Racamier. Le Post Partum est la période à haut risque de décompensations psychotiques : le Baby blues et la psychose puerpérale sont connus; la dépression, quant à elle, est mal identifiée. Généralement considérée comme une banale fatigue, elle est peu admise par les professionnels. Ses répercussions multiples sur l'environnement de la femme sont importantes et rendent la prévention et le dépistage essentiels. La sage femme, par sa présence aux différentes étapes de la grossesse, de la naissance et du post partum y a un rôle primordial. L'observation clinique du couple mère-enfant, fondement du dépistage, peut être suppléée par le questionnaire d'Edimbourg (EPDS). Le diagnostic sera posé par un professionnel de la Santé psychique au décours d'un entretien. Actuellement, certains auteurs essayent de valider un dépistage anténatal afin d'améliorer la prise en charge de la dépression.

MOTS CLES

Maternité

Périnatalité

Pédopsychiatrie

Dépression maternelle post natale ou dépression du post partum

Dépistage

Prévention

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)