



La dépression post-partum : Plus qu'un « bébé blues »

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère. Il est professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Par Jean Leblanc, M.D., FRCPC, et Marie-Agnès Costisella, M.D.



Le Dr Leblanc est professeur agrégé de clinique, Université de Montréal, ainsi que psychiatre et directeur, Clinique des maladies affectives, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital Sacré-cœur, Montréal.



La Dre Costisella est résidente III en psychiatrie, Université de Montréal.

Tableau 1

Trois troubles spécifiques du « post-partum »

Trouble	Symptômes	Prévalence	Début
Les « blues » post-partum	Labilité de l'humeur, dysphorie, anxiété, sensibilité augmentée à la critique, irritabilité	25 % à 85 % des adultes	2 premières semaines après l'accouchement (pic au 4 ^{ème} ou 5 ^{ème} jour)
La psychose post-partum	Comportement désorganisé, élation, irritabilité, grande énergie malgré de l'insomnie (épisode manie), perte du contact avec la réalité	1 ou 2 cas pour 1 000 naissances vivantes	6 premières semaines après l'accouchement
La dépression post-partum	Plaintes somatiques multiples, ↓sommeil, ↓appétit, ↓libido, ↑fatigue, ↑inquiétudes. Ambivalence et sentiments négatifs envers le bébé. Dans les cas plus graves, pensées envahissantes de suicide, idées intrusives et répétitives de faire mal au bébé (infanticide).	10 % à 22 % des adultes, au moins 26 % des adolescentes	4 premières semaines après l'accouchement

L'histoire de Marie-Jeanne

Marie-Jeanne est âgée de 43 ans, sans antécédent médical pertinent. Elle vient de donner naissance à son premier enfant : un beau garçon de 3,3 kilos. La grossesse et l'accouchement furent sans complication. Marie-Jeanne et son conjoint sont les parents les plus heureux du monde...

Tout allait très bien sauf depuis quelques jours (environ trois semaines post-partum); Marie-Jeanne dort moins bien (les quelques heures par nuit où son bébé ne pleure pas!). Elle est épuisée, a perdu plus de 9 kilos, n'a plus d'appétit. Elle pleure pour un rien et de plus en plus souvent. Elle trouve sa nouvelle « job » de maman trop difficile; elle n'a plus de temps pour elle ni pour son conjoint!

Lorsque seule dans votre cabinet, elle vous avoue penser sérieusement au suicide depuis quelques jours. Affolé, vous lui demandez si elle a des idées homicidaires envers le bébé. Elle vous rassure : « Non, je n'ai pas peur de perdre le contrôle sur mon bébé, mais après y avoir bien pensé et repensé, je crois avoir trou-

vé une solution : l'adoption! ». Elle essaie de vous convaincre qu'elle n'a jamais été attirée par les bébés et qu'elle se rend maintenant compte qu'elle n'est pas faite pour élever un enfant. Vous n'en croyez pas vos oreilles. Elle qui a tant désiré cette grossesse, qui a eu tant de peine lors de sa dernière fausse couche un an plus tôt.

Le cas de Marie-Jeanne est typique. Sa réaction est inattendue au moment où la naissance de son bébé devrait être le plus bel événement de sa vie. Les études récentes démontrent bien que la période post-partum (surtout les six premiers mois) augmente la vulnérabilité et l'émergence de troubles psychiatriques chez la femme, plus qu'à tout autre période de la vie. Jusqu'à 85 % des femmes vont ressentir des symptômes affectifs en post-partum; pour certaines d'entre elles, le trouble de l'humeur sera temporaire et léger, et pour d'autres il sera persistant et beaucoup plus grave. On croit également que 25 % des patientes atteintes de la maladie affective bipolaire auraient subi leur premier épisode en post-partum.¹

Les symptômes

Il est maintenant admis que trois troubles spécifiques doivent être distingués (tableaux 1 et 2).^{1,2,3} Le syndrome du « blues » post-partum apparaît dans les deux semaines suivant la naissance. Il s'agit d'un trouble émotionnel léger caractérisé par une labilité de l'humeur et une sensibilité augmentée à la critique qui dure une dizaine de jours et qui est fréquent (de 25 % à 85 %). Ce syndrome est bénin, c'est-à-dire que l'habileté de la mère à s'occuper de son enfant n'est pas changée, donc pas besoin de consultation en psychiatrie. Cependant, environ 20 % de ces femmes développeront une dépression majeure dans la première année post-partum.

La psychose post-partum est rare (1 ou 2 cas pour 1 000 naissances vivantes) mais plus grave puisque la mère perd contact avec la réalité. Ce trouble requiert immédiatement une consultation urgente en psychiatrie pour traitement en interne. Souvent, le délire est centré sur l'enfant. La mère croit qu'il est malade, anormal ou qu'il a été substitué ou changé de sexe, qu'il a des pouvoirs magiques, qu'il est Satan ou Dieu et peut aller jusqu'au déni complet de l'existence de son enfant. Ce trouble apparaît typiquement dans les six premières semaines après l'accouchement, avec un début des symptômes affectifs et psychotiques très aigu, voire brutal. Ce trouble évoluerait plus spécifiquement vers la maladie affective bipolaire.¹

La dépression post-partum est maintenant incluse dans le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM-IV) comme un trouble de l'humeur débutant dans les quatre semaines suivant l'accouchement. Ce trouble touche près de 10 % à 22 % des femmes et plus de 26 % des mères-adolescentes. Chez 60 % des femmes, cet épisode de dépression sera le premier de leur vie. Étant donné la ressemblance des symptômes dépressifs avec les plaintes physiques normales en post-partum (changement



Il est toujours important de commencer par informer la patiente sur les difficultés de la parentalité et de lui donner de l'information sur les dépressions postnatales.

dans le sommeil, l'appétit et la libido, la fatigue, les inquiétudes), il est souvent peu reconnu tant par l'entourage que par les médecins et les autres professionnels. Près de 50 % des dépressions post-partum vont passer inaperçues. Les dépressions psychotiques sont plus rares et plus graves et amènent des pensées envahissantes de suicide, des idées intrusives et

Tableau 2

Trois troubles spécifiques du « post-partum » (suite)

Trouble	Conduite	Traitement
Les « blues » post-partum	Suivi par le médecin de famille, réassurance, support social (CLSC), permettre la ventilation et favoriser l'optimisme.	Privilégier les interventions non-pharmacologiques (meilleure hygiène de sommeil, techniques de relaxation et éviter les stimulants).
La psychose post-partum	Consultation urgente en psychiatrie pour hospitalisation et traitement.	Antipsychotique (rispéridone ou olanzapine), stabilisateur de l'humeur. Si la mère allaite, ne pas donner de lithium, car il est toxique pour le bébé. L'acide valproïque et le carbamazépine sont sécuritaires. Durée : de 6 mois à 1 an (sans récurrence des symptômes). Les électrochocs (plus efficaces et rapides).
La dépression post-partum	Suivi par le médecin de famille. En cas d'aggravation et début de psychose, consultation urgente en psychiatrie pour hospitalisation et traitement.	Antidépresseur, psychothérapie, électrochocs (plus efficaces et rapides).

répétitives de faire mal au bébé (phobie d'impulsion) et peuvent parfois conduire tragiquement à un infanticide.⁴

On remarque de plus en plus dans les publications des observations cliniques où d'autres maladies mentales débutent durant la période post-partum : le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble d'anxiété généralisé et les attaques de panique.¹

La dépression post-partum amène des conséquences négatives sur l'attachement mère-enfant et sur le développement émotionnel, cognitif et social de l'enfant.⁴ De plus, une dépression non-traitée engendre la forme chronique et réfractaire de la maladie affective chez la mère.¹

Les facteurs de risques

La période post-partum est caractérisée par des changements significatifs au niveau physiologique (surtout hormonaux) et psychosocial.

Les facteurs physiologiques

Dans les 48 premières heures suivant l'accouchement, les taux d'œstrogène, de progestérone et de cortisol chutent très rapidement. Plusieurs hypothèses dans les études récentes tentent d'expliquer la survenue de la dépression à ce moment précis dans la vie de la femme mais, malheureusement, peu d'études démontrent une relation significative entre la baisse de ces taux d'hormones et la survenue de la dépression en post-partum.¹

Les facteurs psychosociaux

Les événements de vie stressants durant la grossesse comme une dispute conjugale, le manque de soutien de l'entourage, un décès récent constituent des facteurs de risque. Un accouchement difficile ou traumatique, un bébé avec des problèmes de santé ou au tempérament difficile, une grossesse non désirée ou résultant d'un viol ou d'inceste en sont d'autres.

Les soins au féminin

Les antécédents personnel ou familial de trouble affectif et de dépression post-partum amènent 50 % de risque de rechute dans une grossesse ultérieure. Une dépression avant la grossesse amène 30 % de risque de dépression en post-partum. Les autres antécédents possibles sont un syndrome prémenstruel, une faible parité, un long laps de temps depuis la dernière grossesse, une peur de l'accouchement, une grossesse à l'adolescence, la consommation abusive de substances diverses durant la grossesse.⁵ La présence de symptômes dépressifs durant la grossesse augmente également les risques de faire une dépression post-partum.⁶

Malgré toutes les recherches sur l'étiologie et les facteurs de risques des troubles affectifs en post-partum, il reste encore difficile de prédire de façon efficace quelle femme parmi la population générale souffrira d'une dépression post-partum. La participation des mères aux cours prénataux diminuerait ce risque.¹

Le suivi obstétrical post-partum à six semaines est le moment idéal pour rechercher la présence d'un trouble affectif chez vos patientes. Pour vous aider à mieux distinguer entre les symptômes dépressifs et les symptômes somatiques de la femme non-déprimée en post-partum aigu, le *Edinburgh Postnatal Depression Scale* peut être utile. Il s'agit d'un court questionnaire auto-administrable de 10 questions cotées de 0 à 30.⁵ Un résultat plus élevé que 12 ou 13 indique une dépression post-partum.

Faire le diagnostic différentiel

État physique

- Dysfonction thyroïdienne
- Anémie
- Diabète gestationnel
- Syndrome de Cushing

État psychiatrique

- Récidive d'un trouble psychiatrique grave déjà connu



Nexium est indiqué dans le traitement des affections où une diminution de la sécrétion acide gastrique est nécessaire. Veuillez consulter la monographie pour connaître le type de patients, les précautions et les mises en garde.

Nexium est une marque de commerce d'AstraZeneca AB utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. Le logo d'AstraZeneca est une marque de commerce d'AstraZeneca PLC, utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

AstraZeneca

010.1-1101

COPY

MSD

Les traitements

Tout clinicien devrait orienter son traitement selon le type et la gravité des symptômes ainsi que le degré de dysfonctionnement. Plusieurs études comparent l'efficacité des traitements pharmacologiques et des psychothérapies pour la dépression post-partum. Cependant, aucune donnée ne suggère de traiter les dépressions post-partum différemment des dépressions majeures non puerpérales.¹ Il est parfois difficile de faire accepter à la mère qu'un traitement est nécessaire puisque ceci signifie qu'elle est malade et donc lui amène beaucoup de culpabilité. Pourquoi est-elle malade alors qu'elle vient d'avoir un bébé? Elle devrait plutôt être heureuse et comblée! Près de 30 % des mères diagnostiquées ne suivent pas le traitement proposé.⁶

Le traitement non pharmacologique

La psychothérapie : en combinaison avec une médication ou employée seule, elle peut toujours être une solution de rechange utile pour les patientes qui refusent de prendre des médicaments ou pour les cas de dépression légère.

1. La thérapie de soutien : écoute empathique, encouragement de l'expression des sentiments négatifs, aide à la prise de conscience et à l'acceptation de l'ambivalence maternelle.
2. La thérapie interpersonnelle : limitée dans le temps, efficace pour traiter un épisode aigu de dépression d'intensité légère à modérée. S'intéresse aux transitions et aux changements de rôle, aux

difficultés dans la relation avec le conjoint et est centré sur la relation mère-bébé.

3. La thérapie cognitivo-comportementale : réduction de la charge des obligations liées au devoir d'être une mère parfaite (restructuration cognitive) et encouragement à la résolution de problème. Est aussi efficace qu'un traitement avec fluoxétine, en seulement six séances.⁹



Le traitement pharmacologique

Les antidépresseurs : Peu d'études ont évalué leur efficacité dans la dépression post-partum. Le choix d'un antidépresseur devrait être guidé par une réponse antérieure du patient ou au profil d'effets secondaires.

1. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) : idéal pour premier choix, car ils sont à la fois anxiolytiques et non sédatifs.

Ceux déjà étudiés sont la fluoxétine, la sertraline et la venlafaxine. Les recommandations sont les dosages standards qui sont prouvés efficaces et bien tolérés pour les dépressions post-partum.

2. Les tricycliques : plus sédatifs donc plus appropriés pour les patientes ayant un trouble du sommeil.

Les mères qui désirent allaiter doivent être informées que tous les antidépresseurs étudiés sont excrétés de façon variable dans lait maternel, mais aucun effet néfaste n'a été rapporté chez les enfants. Des études à plus long terme sur le développement cérébral de l'enfant sont en cours.¹

La thérapie par électrochocs (ECT) : toujours efficace et rapide, pas d'effet sur l'enfant lorsque la mère allaite. L'effet secondaire principal est l'amnésie de courte durée.

Revenons à Marie-Jeanne...

Vous prenez un peu plus de temps avec elle dans votre cabinet pour lui expliquer votre impression diagnostique et les risques qu'elle encourt si rien ne change. Étant donné la gravité de ses symptômes (idéations suicidaires, attitude de rejet vis-à-vis son enfant), vous devez la convaincre qu'une courte hospitalisation serait souhaitable pour amorcer rapidement une médication appropriée. Dans son cas, on lui a administré de la venlafaxine à une dose progressive de 37,5 mg à 150 mg en une semaine (maximum de 225 mg à 300 mg une fois par jour). L'important est d'agir rapidement pour diminuer les répercussions de la séparation mère-enfant.

Au bout de trois semaines de traitement en interne, Marie-Jeanne a retrouvé sa joie de vivre; elle dort bien, mange bien et s'amuse avec son bébé. Elle demeure tout de même honteuse d'avoir eu la pensée de donner son bébé en adoption. Elle ne se comprend pas!

Il est très important à cette étape d'offrir de la psychoéducation et de la thérapie de soutien.

Conclusion

La période post-partum est une période sensible où les mères éprouvent souvent une détresse qui les déconcerte, les culpabilise et qu'elles ont souvent honte de communiquer à l'entourage. Il est donc très important d'être attentif au moindre indices d'une détresse émotionnelle survenant chez vos

patientes en post-partum. Un diagnostic rapide et un traitement efficace favorisent non seulement le bien-être chez la mère mais également assurent un meilleur développement neuropsychologique chez le nourrisson. *Clin*

Références

1. Kaplan, HI, Sadock, BJ, Grebb, JA : *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 7^{ème} édition, Williams & Wilkins, Baltimore, 2000.
2. Llewellyn, AM, et coll. : Depression during Pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 58:(suppl. 15), 1997.
3. Kohen, D : *Women and Mental Health*. Taylor & Francis Group, London, 2000.
4. Misri, S, et coll. : The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Can J psychiatry* 45:554, 2000.
5. Cox, JL, et coll. : A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 163:27, 1993.
6. Chabrol, H, et coll. : Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujets. *L'Encéphale* 28:65, 2002.
7. Cox, JL, et coll. : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150:782, 1987.
8. Saucier, JF, et coll. : Pistes de recherche sur la dépression post-natale : le cas prometteur des représentations maternelles. *PRISME* 33:68, 2000.
9. Saucier, JF, et coll. : *Pistes de recherche sur la dépression post-natale : le cas prometteur des représentations maternelles*. *PRISME* 33:68, 2000.

Activité de formation continue

27 septembre 2002

Cancer du sein : mise à jour
Hôtel Plaza Universel
Sainte-Foy (Québec)

Renseignements :
Téléphone : (418) 849-2508
Télécopieur : (418) 849-8881
Courriel : congreslogic@qc.aira.com