



Prise en charge de la dépression ante- et post-natale – Protocole régional – Basse-Normandie

Vous dépistez une dépression périnatale ? Vers qui orienter ?

Intensité légère ou modérée

Médecin généraliste

- Pivot

PMI SF/ Puéricultrices /
Médecins

- Dépistage, accompagnement
et orientation

Psychologue de
maternité ou relais
libéral

- Soutien psychologique

Intensité sévère ou de longue durée

Médecin généraliste

- Pivot

CAMSP

- Soutien psychologique en cas
d'impact sur la relation
mère/enfant

CMP enfants / adultes

- Prise en charge
psychologique et
psychiatrique

**Entretien du 4ème
mois**

**Auto-questionnaire
EPDS
(voir annexe)**

Aide au diagnostic :

Il est indispensable de s'attarder sur l'état psychique de toutes les femmes enceintes ou accouchées.

En pre-partum, **l'entretien du 4ème mois doit être systématiquement proposé aux femmes enceintes**. Il peut être notamment réalisé par les sages-femmes de PMI, de maternité, libérales ou par un médecin.

En post-partum, **la passation de l'auto-questionnaire EPDS** (Edinburgh Postnatal Depression Scale) doit être systématique (cf annexe). Vous pouvez l'introduire en disant « vous venez d'avoir un bébé, beaucoup de changements se produisent, tout cela n'est pas si simple »

Annuaire régional consultable sur www.perinatbn.org



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément
à vos sentiments depuis les sept derniers jours.*

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

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à 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*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

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 du mal*.

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien. Ces notes ne sont pas applicables à toutes les populations.

Instructions aux utilisateurs:

1. Demandez à la mère de souligner la réponse qui est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours.
2. Les dix items doivent être complétés.
3. Évitez la possibilité que la mère discute de ses réponses avec d'autres personnes.
4. La mère devrait compléter le questionnaire elle-même, à moins que sa compréhension du français soit limitée ou qu'elle ait de la difficulté à lire.

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg a été développée dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère souligne laquelle des quatre réponses possibles est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des mères complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre à un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente et, dans les cas douteux, il peut être utile de la répéter une ou deux semaines plus tard. L'échelle ne détectera pas les mères avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité.



Ontario's maternal, newborn and early
child development resource centre
Centre de ressources sur la maternité,
les nouveau-nés et le développement
des jeunes enfants de l'Ontario



Ontario
Prevention
Clearinghouse
Centre ontarien
d'information
en prévention

The Royal College of Psychiatrists 1987. L'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg peut être photocopiée par des chercheurs ou des cliniciens à des fins personnelles sans autorisation des éditeurs. Le questionnaire doit être copié en entier et porter la mention suivante :

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une permission écrite du Royal College of Psychiatrists est nécessaire pour copier ou distribuer ce questionnaire à des tiers ou le publier (version papier, en ligne ou sous tout autre format).

La traduction du questionnaire ainsi que les directives d'utilisation peuvent être trouvées dans Cox, J.L. et J. Holden, (2003). *Perinatal Mental Health : a Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Londres, Gaskell,

L'EPDS est un outil pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum.

La dépression anténatale :

La *dépression anténatale* affecte environ 10 à 20% des grossesses et est mal reconnue en dehors des troubles sévères. Les plaintes sont rares et souvent mises sur le compte de troubles physiques. La traiter, souvent simplement, est indispensable pour réduire le risque de la persistance en post-partum. En effet, 40% des dépressions du post-partum débutent en pre-partum.

La dépression du post-partum :

Ces dépressions échappent pour la plupart à l'investigation psychiatrique et au traitement. Les mères déprimées résistent souvent au diagnostic qu'elles craignent, n'évoquant qu'une fatigue exagérée ou des troubles hormonaux.

Description clinique :

La dépression post-natale est durable. Le diagnostic peut être posé si les symptômes persistent quotidiennement **pendant plus de 15 jours**

Signes cliniques peu spécifiques	Signes cliniques plus spécifiques
Pleurs	Epuisement majeur
Labilité de l'humeur, plus altérée le soir	Déplaisir et inadaptation aux soins du bébé
Troubles de la concentration et de la mémoire	Irritabilité dirigée vers l'époux et les autres enfants
Insomnie d'endormissement avec cauchemars	Sentiment d'incapacité physique
Perte de libido, perte des intérêts habituels	Anxiété fréquente et intense

Fréquence et délai d'apparition :

La *dépression post-partum* affecte environ **10 à 18% des femmes accouchées**.

Le début est le plus souvent insidieux, parfois sous la forme d'un post-partum blues qui se prolonge, mais le plus souvent après une latence de durée variable.

Deux pics de fréquence ont été signalés :

- Début classique entre 4 et 6 semaines après l'accouchement
- Entre le 9ème et le 15ème mois du post-partum

Facteurs de risque :

-Facteurs obstétricaux :

Complications obstétricales (pré éclampsie ayant de graves conséquences sur le fœtus), absence de participation aux séances de préparation à la naissance, grossesse non planifiée, pas de désir d'allaiter

-Facteurs gynécologiques :

Syndrome prémenstruel et dysphorie prémenstruelle

-Facteurs socio-économiques et démographiques :

Conditions socio-économiques défavorables, instabilité professionnelle, âge maternel aux extrémités de la période fertile, peu de soutien social, difficultés relationnelles avec leur propre mère

-Facteurs de risque psychiatriques :

Antécédents personnels de dépression ou de désordres affectifs, antécédents familiaux de dépression

-Stress et abus :

Antécédents d'abus physiques ou sexuels et de carences affectives précoces, stress et événement de vie défavorable, état de santé défavorable du nourrisson

Diagnostic différentiel :

Le baby blues précoce et transitoire : intense ou prolongé, il peut annoncer ou se confondre avec une dépression du post-partum

La psychose puerpérale se manifeste dans la majorité des cas entre la première et la troisième semaine postnatale. Le tableau est nettement psychotique.

Stress aigu et état de stress post-traumatique : le début des troubles se situe 24 à 48 heures après l'accouchement, l'anxiété est au premier plan, diurne et nocturne avec cauchemars récurrents.