

# 1

## Aperçu clinique

---

Qu'est-ce que la dépression du post-partum ? Diffère-t-elle d'une dépression survenant à d'autres moments de la vie ?

---

Est-ce un problème courant ?

---

Quels sont les symptômes ? Comment est établi le diagnostic ?

---

Lorsqu'une femme a souffert de dépression du post-partum, quel est son risque de souffrir d'autres épisodes de dépression ?

---

Quels sont les autres types de troubles de l'humeur courants durant la période post-partum ?

---

La naissance d'un enfant est un moment où surviennent de grands changements sur le plan physiologique, psychologique et social. L'apparition d'une maladie mentale à un moment si important de la vie familiale a des répercussions sur la mère, son ou sa partenaire, ses enfants et sa famille et représente donc un important problème de santé publique.

Depuis des siècles, les professionnels du domaine médical observent une association entre l'accouchement et la maladie mentale. Des études ont révélé que les femmes courent un risque accru de développer un grave trouble de l'humeur ou affectif durant la période post-partum et d'être admises dans un hôpital psychiatrique durant le premier mois suivant un accouchement qu'à tout autre moment de la vie (Kendell et coll., 1987; Paffenbarger, 1982). Les fournisseurs de services qui travaillent auprès des nouvelles mères auront probablement à prendre soin de femmes dépressives.

Le présent chapitre décrit les états affectifs courants suivant un accouchement, notamment le blues du post-partum ou « baby blues », le « baby pinks », l'anxiété et la psychose post-partum, en se penchant plus particulièrement **sur la dépression du post-partum (DPP)**. Il examine les distinctions entre les différents troubles ainsi que les problèmes et symptômes pouvant nécessiter une intervention.

## Dépression du post-partum (DPP)

### QU'EST-CE QUE LA DPP ?

Pour les cliniciens et les chercheurs, le terme « dépression du post-partum » ou « DPP » fait référence à une dépression non psychotique qui survient peu après un accouchement.

### EST-ELLE DIFFÉRENTE D'AUTRES FORMES DE DÉPRESSION ?

Mis à part le fait qu'elle survienne peu après un accouchement, la DPP ne se distingue en rien sur le plan clinique d'un épisode dépressif pouvant se produire à n'importe quel autre moment de la vie d'une femme. Les symptômes sont les mêmes que ceux d'une dépression généralisée, et le diagnostic est établi selon les mêmes critères. Toutefois – et cela n'est pas surprenant – les symptômes de la DPP touchent des questions relatives à la maternité et aux soins du bébé.

### QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

Bien que les professionnels de la santé ignorent ce qui amène la dépression (et donc la DPP), ils s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de cause unique. Des facteurs physiques, hormonaux, sociaux, psychologiques et affectifs peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie. C'est ce qu'on nomme le **modèle biopsychosocial** de la dépression, qui est accepté par la plupart des chercheurs et cliniciens. Le ou les facteurs qui déclenchent la DPP varient selon la personne.

### EST-CE UN PROBLÈME COURANT ?

La DPP est la complication la plus courante de l'accouchement. Bien que les taux indiqués dans les études diffèrent grandement, une méta-analyse de 59 études menées auprès de plus de 12 000 femmes a révélé que la DPP touche en moyenne 13 p. 100 des femmes (O'Hara et Swain, 1996).

### QUAND SE MANIFESTE-T-ELLE ?

La définition de la période post-partum varie. Selon les systèmes officiels de classification des diagnostics, il s'agit de la période de 28 jours suivant immédiatement l'accouchement; dans d'autres études, toutefois, cette période se prolonge jusqu'à un an après la naissance du bébé. Les symptômes se manifestent habituellement durant les quatre premières semaines du post-partum, quoiqu'ils puissent apparaître jusqu'à douze mois plus tard. Il arrive toutefois que la DPP ne soit détectée et traitée que beaucoup plus tard. On s'aperçoit souvent, en posant des questions, que les symptômes se sont manifestés beaucoup plus tôt que les indications données par la femme aux fournisseurs de services.

### COMMENT ÉTABLIT-ON LE DIAGNOSTIC ?

Le diagnostic est établi par un médecin ou un **psychologue** agréé. Les professionnels utilisent diverses méthodes pour obtenir l'information nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, y compris des entrevues cliniques normalisées. Le clinicien doit faire

preuve d'un bon jugement au moment de déterminer si la durée et la gravité des symptômes correspondent ou non aux critères diagnostiques. Le système de classification officiel utilisé en Amérique du Nord est la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (APA), ou DSM-IV (1994). (Voir les critères d'un épisode de dépression majeure selon le DSM-IV à la Figure 1-1.)

S'il se fie aux critères du DSM-IV pour établir le diagnostic de DPP, le médecin ou le psychologue indique qu'il s'agit d'un trouble dépressif majeur en mentionnant que les symptômes sont apparus dans la période « post-partum » (c'est-à-dire qu'ils sont survenus dans les quatre semaines suivant l'accouchement).

Les personnes atteintes doivent manifester *soit une humeur déprimée, soit une perte d'intérêt ou de plaisir* envers des activités courantes (aussi appelée **anhédonisme**) sur une base continue pendant au moins deux semaines. Elles doivent aussi présenter d'autres symptômes, parmi les sept de la liste, pendant au moins deux semaines.

Un clinicien posera un diagnostic de dépression majeure si la personne est abattue ou souffre d'anhédonisme, en plus de manifester quatre autres symptômes (pour un total d'au moins cinq symptômes). Si la personne est abattue ou souffre d'anhédonisme et présente moins de quatre autres symptômes, elle recevra un diagnostic de dépression mineure ou moyenne.

### COMMENT PEUT-ON ÉLIMINER LES AUTRES CAUSES ?

Il est essentiel que les symptômes manifestés a) représentent un changement dans les habitudes normales de la personne et b) nuisent à son fonctionnement au quotidien. Les fournisseurs de services peuvent écarter d'autres troubles médicaux présentant des symptômes similaires et pouvant apparaître durant la période post-partum (p. ex. dysfonctionnement de la thyroïde, diabète, anémie, maladies auto-immunes) en aiguillant la patiente vers son médecin traitant ou un autre médecin au besoin.

### COMBIEN DE TEMPS DURE LA DPP ?

La durée d'un épisode va de quelques semaines à quelques mois. Pour certaines femmes, cela peut prendre jusqu'à un an avant de se sentir comme avant. Dans de rares cas, la maladie ne se résorbe pas et la femme souffre d'épisodes de dépression sur une base chronique.

### QUEL EST LE RISQUE DE RÉCIDIVE ?

Le fait d'avoir vécu un épisode de dépression à n'importe quel moment de la vie augmente le risque de récurrence. Selon les études, le risque de souffrir d'un épisode dépressif non relié à l'accouchement est *d'au moins* 25 p. 100 (Wisner et coll., 2001). Le risque de souffrir d'un autre épisode de dépression du post-partum peut atteindre 40 p. 100 et, dans environ 24 p. 100 des cas de récurrence, la maladie survient dans les deux semaines après la naissance du bébé (Wisner et coll., 2004).

## **Y a-t-il des traitements efficaces contre la dépression ?**

*Les professionnels de la santé peuvent traiter efficacement la dépression, et la plupart des femmes se rétablissent complètement.* Tout dépendant de la nature de la maladie, on peut la traiter à l'aide de médicaments, de la psychothérapie, du counseling et de séances d'entraide. Les différents types de traitement sont décrits plus en détail au chapitre 5.

Pour savoir vers qui aiguiller les patientes et comment obtenir un diagnostic formel de DPP, veuillez consulter le chapitre 6.

## RÉTICENCE À DIVULGUER LES SYMPTÔMES

Les femmes ne sont pas toujours prêtes à admettre qu'elles ont des symptômes de dépression, et ce, pour toutes sortes de raisons qui sont abordées au chapitre 3. Elles peuvent hésiter à parler de leurs sentiments parce qu'elles ignorent que leurs symptômes sont dus à une grave maladie mentale ou parce qu'elles se sentent inaptes à assumer leur rôle de mère. Elles peuvent aussi éprouver de la gêne, de la culpabilité ou du ressentiment, craindre de se faire étiqueter ou stigmatiser à cause de la maladie mentale, ou penser que les autres minimiseront ou feront peu de cas de leurs peurs et préoccupations. Dans certaines cultures, la dépression suivant un accouchement n'est pas considérée comme un problème médical nécessitant une intervention. Par conséquent, certaines femmes ne cherchent pas à se faire traiter ou sont prises en charge par leur famille immédiate (Oates et coll., 2004).

Les fournisseurs de services qui travaillent auprès des nouvelles mères doivent donc être conscients des différentes manifestations des symptômes dépressifs.

Le *type* et la *gravité* des symptômes diffèrent selon les personnes, tout comme la *façon* de divulguer ces symptômes et le *degré d'ouverture* démontré.

La gravité des épisodes dépressifs varie de légère à extrêmement grave. Quels que soient les critères diagnostiques officiels de la dépression, toute femme qui présente des symptômes entraînant de la détresse et des problèmes dans sa vie quotidienne a besoin d'aide, sinon son état risque de s'aggraver.

## Différentes manifestations cliniques des symptômes de dépression

### HUMEUR DÉPRESSIVE

Les femmes admettent rarement qu'elles sont déprimées. Elles peuvent utiliser d'autres termes pour communiquer leur dépression : elles se diront découragées, abattues, tristes, irritables, nerveuses, engourdies ou vides. Elles peuvent être au bord des larmes, pleurer plus que d'habitude ou se dire incapables de pleurer à cause du vide qu'elles ressentent. Elles se disent souvent incompetentes, surtout en ce qui a trait à leur rôle de mère, et parlent de leur incapacité à faire face à la situation ou de leur crainte d'être considérées comme de « mauvaises mères ». Elles se comparent parfois à d'autres femmes qui viennent d'avoir un enfant ou à d'autres membres de leur famille, ce qui accroît leur sentiment d'incompétence.

Certaines mères ne se sentent tout simplement pas capables de divulguer leur état psychologique et préfèrent communiquer leur détresse en insistant sur des symptômes d'ordre physique, comme des maux d'estomac, de tête ou de dos. D'autres se préoccupent de la santé du bébé et consultent à maintes reprises le médecin ou l'infirmière de santé publique même si on lui affirme que le bébé est en bonne santé.

### **Dépression accompagnée d'anxiété**

Il arrive très souvent que les femmes souffrant de DPP soient aussi anxieuses. Elles s'inquiètent par exemple de la santé du bébé et doutent de leur compétence en tant que mères ou de leur capacité à prendre soin du bébé.

Bien que l'anxiété accompagne souvent une dépression, certaines personnes ne manifesteront que de l'anxiété sans éprouver d'humeur dépressive ni une perte d'intérêt ou de plaisir. (Veuillez vous reporter à la section sur l'anxiété post-partum à la page 11.)

### **ANHÉDONISME**

Les femmes atteintes de DPP peuvent ne plus s'intéresser ou ne plus prendre plaisir à des activités qu'elles trouvaient auparavant agréables, comme être avec leur bébé, regarder leur émission de télévision favorite, lire, passer du temps avec leur partenaire, leur famille ou leurs amis.

### **CHANGEMENT SUR LE PLAN DU POIDS ET DE L'APPÉTIT**

Les professionnels de la santé considèrent habituellement le changement de poids comme un symptôme s'il y a une prise ou une perte pondérale importante (sans que la personne suive activement de régime). Il peut toutefois être difficile d'évaluer ce changement après un accouchement. Il est alors préférable de s'enquérir de l'*appétit* des mères et du *plaisir* qu'elles prennent à manger. On peut par exemple leur demander si elles ont envie de manger (même si elles n'ont pas le temps de se préparer de la nourriture), si elles prennent plaisir à manger et si elles aiment encore leurs plats préférés.

### **TROUBLES DU SOMMEIL**

Les troubles du sommeil sont des symptômes courants de la dépression, mais sont extrêmement difficiles à évaluer chez les nouvelles mamans. Il peut être plus indiqué de s'informer auprès de la mère de sa capacité à dormir et à se reposer quand elle en a l'occasion – par exemple, peut-elle dormir en même temps que le bébé ? Peut-elle dormir, faire une sieste ou se reposer si quelqu'un d'autre surveille le bébé ? A-t-elle de la difficulté à s'endormir ? Si elle se réveille durant la nuit, peut-elle se rendormir ? A-t-elle de la difficulté à se réveiller le matin et se sent-elle reposée après avoir dormi ?

### **FATIGUE**

Il est difficile d'estimer le degré réel de fatigue chez les nouvelles mères. La fatigue associée à la dépression se définit comme un sentiment *accablant* d'épuisement *quelle que soit* la durée du sommeil ou du repos.

## LENTEUR OU AGITATION PSYCHOMOTRICE

La lenteur psychomotrice fait référence à un sentiment de ralentissement sur le plan physique, à une motricité ralentie ou à une sorte de torpeur. L'agitation psychomotrice est au contraire un sentiment de nervosité et d'irascibilité. L'entourage de la mère aura probablement observé ces comportements et passé des commentaires à ce sujet.

## SENTIMENT EXCESSIF DE CULPABILITÉ OU D'INUTILITÉ

Certaines personnes ressentent une grande culpabilité ou un sentiment d'inutilité excessif et inapproprié. Cela n'est pas simplement relié au fait d'être malade; c'est un phénomène beaucoup plus profond. Ces personnes peuvent interpréter de façon négative certains gestes ou activités de façon à confirmer leur piètre estime d'elles-mêmes. Par exemple, elles pourraient se dire que les autres mères ne leur parlent pas parce qu'elles sont de mauvaises personnes et ne méritent pas d'avoir des amis. Leur culpabilité prend parfois des proportions démesurées. Dans certains cas, par exemple, elles se sentiront responsables de la pauvreté dans le monde ou encore d'un malheur survenu à une autre personne.

## DIMINUTION DE LA CONCENTRATION, INCAPACITÉ D'AVOIR LES IDÉES CLAIRES

Le manque de concentration est défini, selon les cliniciens, comme un ralentissement de la pensée, une incapacité à se concentrer sur une tâche ou à terminer un travail, ou une difficulté à prendre des décisions simples. Certaines femmes se plaignent de ne pas « avoir les idées claires » devant des tâches pourtant simples.

## PENSÉES MORBIDES OU SUICIDAIRES RÉCURRENTES

Les pensées morbides ou suicidaires constituent une caractéristique courante de la dépression. Bien souvent, elles n'expriment pas simplement une peur de mourir mais une préoccupation face à la mort. Si ces femmes n'utilisent pas nécessairement des mots comme suicide, mort ou meurtre, elles affirmeront peut-être qu'elles-mêmes et leur bébé seraient mieux morts ou encore que le monde est un endroit horrible pour un bébé et qu'il serait préférable de ne pas en faire partie. Certaines femmes sentent qu'elles ne peuvent plus continuer à vivre mais, ne pouvant supporter l'idée d'abandonner leur bébé, songent à mourir avec leur enfant.

D'autres entretiennent des pensées de violence envers leur enfant qui les effraient profondément ou dont elles ont honte – même si la vaste majorité de ces femmes ne passeraient jamais aux actes. Elles peuvent, par exemple, imaginer combien il serait facile d'étouffer ou de noyer le bébé ou de le jeter par la fenêtre. Certaines femmes se disent qu'elles seraient mieux de s'endormir à jamais, mais elles ne feraient jamais rien de délibéré pour se blesser. Ces pensées peuvent devenir une obsession, mais la plupart des femmes ne passent à aux actes (voir le chap. 6).

Bien qu'ils soient grandement médiatisés, les cas d'**infanticide** et de suicide sont rares chez les personnes souffrant de dépression du post-partum. On estime que l'infanticide survient dans un à trois cas par 50 000 naissances (Brockington et Cox-Roper, 1988; Jason et coll., 1983). Selon les professionnels de la santé, 62 p. 100 des mères qui commettent un infanticide se suicident ensuite (Gibson, 1982).

Le suicide est un facteur de risque de la dépression dont on doit tenir compte. L'évaluation de ce risque est abordée au chapitre 6.

## Autres types de troubles de l'humeur post-partum

Cette section décrit les autres troubles de l'humeur qui peuvent survenir à la suite de la naissance d'un enfant.

Les **troubles affectifs** du post-partum se divisent en trois catégories, soit le blues (« baby blues » ou syndrome du troisième jour), la DPP et la **psychose puerpérale** ou post-partum, dont les symptômes et la gravité diffèrent et qui nécessitent des interventions différentes (voir le Tableau 1-1). La section traite également de l'anxiété post-partum.

TABLEAU 1-1

### Apparition, durée et traitement des principaux troubles de l'humeur post-partum

Trouble	Prévalence	Apparition	Durée	Traitement
<b>Blues</b>	30–75 %	3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> jour	heures ou jours	pas de traitement nécessaire à part du réconfort
<b>Dépression</b>	10–15 %	dans les quelques semaines suivant l'accouchement à 12 mois plus tard	semaines ou mois	traitement généralement nécessaire
<b>Psychose puerpérale</b>	0,1–0,2 %	au cours des 2 premières semaines, le plus souvent dans la première semaine	semaines ou mois	hospitalisation habituellement nécessaire

Tableau adapté avec la permission de Nonacs et Cohen, 1998.

### BLUES DU POST-PARTUM OU « BABY BLUES »

Le blues du post-partum est le trouble de l'humeur périnatal le plus courant et toucherait entre 30 à 75 p. 100 des femmes. Il survient dans les heures ou jours suivant l'accouchement et atteint son point culminant le troisième ou quatrième jour. Les symptômes ne durent que quelques jours et se résorbent habituellement au bout

d'une semaine. Généralement, les femmes atteintes sont des mères heureuses qui réagissent de façon plus « émotive » aux stimuli. Elles peuvent rapidement passer de la joie aux larmes, devenir brusquement irritables, au bord des larmes ou anxieuses et vivre des perturbations sur le plan du sommeil et de l'appétit. Des chercheurs ont suggéré que certains de ces comportements pouvaient résulter des rapides changements hormonaux qui s'opèrent chez ces femmes.

Il s'agit d'un cafard léger qui ne nécessite habituellement pas de traitement, sinon du soutien et du réconfort. Par définition, le cafard est de courte durée et ne persiste pas plus de deux semaines. Si la plupart des femmes atteintes se sentent bien par la suite, jusqu'à 20 p. 100 d'entre elles développeront une dépression majeure au cours de la première année suivant la naissance du bébé. Cela peut se produire à la suite de l'aggravation des symptômes du « baby blues », soit plus tard, après que la mère s'est remise de son blues.

### « BABY PINKS » OU EUPHORIE POST-PARTUM

Alors que le « baby blues » fait référence à des changements d'humeur pouvant passer de la joie à la tristesse, certaines femmes se sentent légèrement euphoriques après la naissance de leur bébé. Cet état, que l'on nomme le « baby pinks », peut durer de quelques heures à quelques jours. (Glover et coll., 1994). Tout comme le « baby blues », il n'a pas besoin d'être traité et peut même passer inaperçu aux yeux de certains qui considèrent cette réaction comme « normale » à la naissance d'un enfant.

*Dans certains cas, les symptômes du « baby blues » et du « baby pinks » nécessitent des soins. L'une des principales caractéristiques de ces deux états est que les changements d'humeur sont légers et passagers. Si ces changements sont extrêmes – par exemple s'ils durent plus que quelques jours ou sont plus intenses -, ils peuvent être signes de problèmes plus graves nécessitant un examen et un suivi (voir le chap. 6).*

### ANXIÉTÉ POST-PARTUM

Comme c'est le cas pour la dépression, l'anxiété qui se déclare après un accouchement n'est pas différente, sur le plan clinique, de celle qui survient à tout autre moment de la vie. Toutefois, il existe peu de données scientifiques sur cet état comparativement aux autres troubles post-partum. Selon les études, entre quatre et 15 p. 100 des femmes éprouveraient de l'anxiété après la naissance de leur bébé (Wenzel et coll., 2003; Matthey et coll., 2003; Heron et coll., 2004).

Certaines femmes sont anxieuses uniquement durant la grossesse ou après l'accouchement, tandis que d'autres le sont avant et après la naissance du bébé. Dans le cadre d'une récente étude britannique d'envergure auprès de 8 323 femmes enceintes, Heron et coll. (2004) ont observé que 7,3 p. 100 d'entre elles avaient indiqué souffrir d'un haut niveau d'anxiété durant leur grossesse. Parmi ces dernières, 1,4 p. 100 ont éprouvé une anxiété marquée dans les huit

semaines suivant l'accouchement. Parmi les femmes qui ne se disaient pas très anxieuses durant la grossesse, 2,4 p. 100 ont dit éprouver une très grande anxiété post-partum.

Bien des mères se sentent anxieuses, dépassées et apeurées à la suite de la naissance de leur bébé. Cela est bien compréhensible étant donné les changements qu'entraîne le rôle de nouveau parent. Dans certains cas toutefois, l'anxiété est telle qu'elle nuit à la vie quotidienne de la mère et a des répercussions sur son caractère et son mode de fonctionnement.

## DIAGNOSTIC

La classification officielle des troubles anxieux du DSM-IV englobe un éventail de troubles pouvant être de nature particulière, par exemple une phobie spécifique (peur des hauteurs, des araignées), le trouble panique ou le trouble obsessionnel-compulsif. Lorsqu'il n'y a pas de cause ou de situation précise entraînant l'anxiété, on parle alors d'anxiété généralisée.

L'anxiété post-partum peut être généralisée ou reliée à des situations particulières (p. ex. le bain du bébé, transporter le bébé dans la voiture, faire les emplettes). Elle peut aussi être axée uniquement sur l'enfant (p. ex. l'alimentation ou la respiration du bébé, compétence parentale). L'anxiété prend généralement la forme d'une inquiétude, peur ou appréhension constante ou excessive. La mère peut paraître nerveuse, tendue et toujours sur le qui-vive. Elle peut même éviter certaines situations lorsque la peur éprouvée est trop grande.

L'anxiété est souvent accompagnée de symptômes physiques ou de crises de panique, notamment:

- sueurs;
- palpitations;
- nausée;
- étourdissement;
- envie irrésistible de fuir.

Les femmes anxieuses ne ressentent pas constamment la morosité ou l'anhédonisme (perte de plaisir) caractéristique de la dépression. Toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, les femmes souffrant de DPP peuvent éprouver de l'anxiété.

## PSYCHOSE PUERPÉRALE OU POST-PARTUM

Contrairement au « baby blues » et à la DPP, la psychose du post-partum (ou puerpérale) est la forme la plus grave et la plus rare de troubles de l'humeur post-partum et survient dans un ou deux cas par 1 000 accouchements. Les symptômes se manifestent rapidement, souvent dans les 48 à 72 heures suivant la naissance

du bébé, et la plupart des cas se déclarent dans les deux premières semaines de la période post-partum. Certaines études (p. ex. Jones et Craddock, 2001) laissent entendre que la psychose du post-partum aurait une cause génétique ou biologique et serait plus courante chez les femmes ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire ou ayant des antécédents familiaux de troubles de l'humeur.

Les symptômes les plus courants sont un état dépressif ou euphorique extrême (manie) similaire à ce que l'on observe dans les cas de trouble bipolaire (ou psychose maniaco-dépressive). Les femmes atteintes peuvent passer rapidement de la manie à la dépression et vice-versa, ou avoir des accès « euphoriques » (manie) suivis d'accès de dépression. Souvent, elles affichent des comportements bizarres ou déviants et sont confuses ou perplexes.

La plupart des femmes atteintes de psychose du post-partum affichent des symptômes psychotiques. Les cliniciens définissent le **délire** comme des idées fixes fausses, en opposition avec la réalité, et qui sont jugées inacceptables aux yeux de la culture de la personne atteinte. Le délire tourne souvent autour des sentiments de persécution, d'amour et de culpabilité. Quant aux **hallucinations**, les cliniciens les définissent comme des *distorsions des perceptions sensorielles* en l'absence de tout stimulus extérieur. Les hallucinations les plus répandues sont de nature auditive (entendre des bruits ou des voix que personne d'autre n'entend) ou visuelle (voir des choses ou des gens que les autres ne peuvent pas voir) (Dubovsky et Buzan, 1999). Une mère pourrait par exemple croire que son bébé a des pouvoirs spéciaux ou une intelligence supérieure (elle croit qu'elle pourra écrire un livre à succès ou qu'elle est une artiste de renom, qu'elle et son enfant passeront à la télévision à cause de ces talents spéciaux). Certaines femmes entendent des voix qui les incitent à faire ou dire des choses (positives ou négatives).

Comme il a été mentionné précédemment, si les cas d'infanticide et de suicide sont rares, ils constituent néanmoins des risques graves chez les femmes souffrant de psychose du post-partum. Les symptômes de la psychose du post-partum changent rapidement; une femme lucide et calme durant le premier entretien peut devenir suicidaire et psychotique quelques heures plus tard.

La nature de la psychose est tout à fait imprévisible et même un **psychiatre** chevronné peut avoir de la difficulté à la détecter (voir Spinelli, 2004). Toute femme qui manifeste des changements d'humeur extrêmes (de l'euphorie à la morosité) ou des symptômes psychotiques doit obtenir immédiatement des soins psychiatriques (voir le chap. 6).

## Résumé

---

La DPP est un épisode dépressif qui survient durant la première année de la période post-partum.

---

Sur le plan clinique, la DPP ne se distingue pas d'une dépression survenant à d'autres moments de la vie, si ce n'est que les symptômes peuvent tourner autour de l'accouchement ou du bébé.

---

La DPP est le trouble de l'humeur post-partum le plus courant. Elle touche environ 13 p. 100 des nouvelles mères.

---

Un médecin ou un psychologue agréé pose un diagnostic en se fondant sur les critères du *DSM-IV*.

---

Les symptômes de la DPP sont principalement la tristesse et une incapacité à ressentir du plaisir, conjuguées à des troubles du sommeil, à la fatigue, à des changements sur le plan du poids, à l'agitation ou à la lenteur psychomotrice, à des sentiments excessifs de culpabilité ou d'inutilité, à une capacité de concentration réduite et à des idées morbides ou suicidaires récurrentes.

---

Après avoir souffert de DPP, une femme est susceptible de vivre d'autres épisodes dépressifs liés ou non à l'accouchement.

---

Le blues du post-partum est un état extrêmement courant qui ne dure que quelques jours et dont les symptômes sont légers et passagers. La DPP est un état persistant et plus grave qui dure au moins deux semaines et qui nuit au fonctionnement dans la vie quotidienne.

---

Les femmes qui manifestent des accès euphoriques et dépressifs graves ou des symptômes psychotiques (psychose du post-partum) doivent immédiatement obtenir des soins médicaux ou psychiatriques et devront probablement être hospitalisées.

---

- évaluation des critères (Tableau 3-1), 42-44
  - faux résultats positifs et négatifs, 40, 48-49, 50
  - intégration des critères relatifs au système de santé, 41-44
  - obtenir un traitement approprié, 49
  - taux de rétablissement de la DPP, 49-50, 66
  - tests de dépistage de diverses maladies, 54-55
  - tests prénatals, 47-48
- P**
- Psychiatre
    - aiguillage vers, 89
    - évaluation d'urgence et, 78, 80, 81
    - rôle du, 25, 78, 89-90
  - Psychologues et traitements, 60, 90
  - Psychose. Voir aussi idées suicidaires; maladie mentale chronique et expérience de parent aiguillage en raison de, 78-82
    - étude de cas (Susan), 139-40
    - refus de soins de la mère, 85
    - rôle des psychiatres, 89-90
    - salles d'urgence et, 87
    - soins des enfants et, 121-23
    - symptômes de, 24-25
  - Psychothérapeutes, 89
  - Psychothérapie, 60-62, 72
  - Psychothérapie interpersonnelle, 60-61
- Q**
- Questionnaire de dépistage de la dépression du post-partum (PDSS), 46
    - groupes ethnoculturels et, 107
  - Questionnaires. Voir outils de dépistage
- R**
- Récit de Roxanne, 146
  - Récit de Sheri, 147-49
  - Réfugiées
    - accessibilité des services, 86
    - barrières linguistiques et, 37, 136
    - facteurs de stress et facteurs de risque, 106
    - obstacles aux soins et services de santé mentale, 37, 109
    - stratégies pour travailler auprès des, 109-10
  - Relations. Voir familles; pères; conflits matrimoniaux; partenaires
  - Remèdes à base de plantes médicinales, 75
  - Remeron. Voir mirtazapine
    - réseaux
    - soutien, 148
  - Rétablissement
    - activités d'autogestion de la santé et, 125
    - dépression de Roxanne et mauvais traitements, 144-46
  - DPP récurrente de Sheri, 147-49
    - soutien du partenaire pour le, 96, 97-99
    - taux de rémission, 49-50, 66
  - Rituels et traditions associés à la naissance chez certains groupes ethnoculturels, 107-8, 140
  - Rituels et traditions associés à la naissance de groupes ethnoculturels, 107-8
- S**
- Salles d'urgence. Voir services d'urgence et traitement de la DPP
  - Salles d'urgence et DPP
    - traitement, 86-89
  - Schizophrénie, 121
  - Sertraline (Zoloft), 62, 69
    - allaitement, 71
  - Société d'aide à l'enfance, 82
  - Soins des enfants. Voir nourrisson
  - Soins dispensés par les sages-femmes, 58, 59-60, 73
  - Soins post-partum, 58-60, Voir aussi soutien; familles et
  - Solitude. Voir isolement social
  - Somatisation et symptômes de la DPP, 106-7
  - Soutien. Voir aussi groupes de soutien
    - conflits matrimoniaux et, 33, 94, 141-43
    - doula et soutien intra-partum, 56
    - femmes autochtones et, 116
    - immigrantes et manque de, 32, 105, 136, 140
    - informationnel, 32, 57, 149
    - intra-partum, 56
    - manque de soutien émotif, 31-32, 56, 140-43
    - partenaires, familles et, 33, 94-97
    - pratique, 32, 56
    - rechercher des réseaux de soutien informels, 130-31, 148
    - réseaux, 130-31
    - stratégies pour évaluer et encourager le soutien, 142-43
    - suivi durant la période post-partum immédiate, 58-59
    - types de soutien social, 31
    - visites à domiciles, 56-57, 59
  - Statut socioéconomique et DPP, 34, 100, 116
  - Stigmatisation, 37, 50, 51
    - dans les communautés des Antilles et latino-américaines, 144-46
    - familles immigrantes, 139-40
    - maladie mentale et compétences parentales, 121, 123
  - Stratégies d'intervention auprès des clientèles rurales et éloignées, 111-12, 141-43
    - familles, 97

- femmes autochtones, 117  
 femmes faisant peut-être usage d'alcool et d'autres drogues, 114-15  
 femmes victimes de violence, 114-15  
 immigrantes, 109-10, 137, 140  
 mères adolescentes, 117  
 mères adoptives, 121  
 mères aux prises avec une maladie mentale chronique ou d'autres déficiences, 121  
 mères dépressives, 137-39  
 mères lesbiennes et bisexuelles, 119  
 mères monoparentales, 118  
 partenaires, 96-99, 141-43  
 pères, 97-99, 142  
 réfugiées, 109-10
- Stress et facteurs de stress.** Voir aussi **anxiété**  
 acculturation et, 105, 106, 141  
 conflits matrimoniaux et, 33, 95, 141-43  
 développement du nourrisson, 100  
 événements causant du, 31-32  
 pères et partenaires, 95  
 reconnaissance des déclencheurs, 132  
 rituels et traditions associés à la naissance et, 107, 140
- Symptômes.** Voir aussi **anxiété; blues; dépression; troubles de l'humeur**  
 critères du DSM-IV, 15-16  
 évaluation des (Figure 6-1), 79  
 évaluation en vue d'un aiguillage, 77-78  
 gravité des, 18  
 immigrantes et symptômes physiques ou somatiques, 105-7  
 interprétation clinique, 17, 47  
 manifestation des symptômes, 18-21  
 obstacles à la divulgation, 18, 37, 39  
 outils de dépistage et, 44  
 problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues, 112  
 questionnaires, 59, 60  
 surveillance des, 95-96
- T**
- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC), 61, 72  
 Thérapie progestative, 63  
 Thérapie psychodynamique, 72  
 Traitements de la DPP. Voir aussi  
 antidépresseurs  
 assurance-maladie et, 85-86  
 avantages et risques des antidépresseurs pour les mères, 68, 71  
 barrières linguistiques, 37, 136  
 consommation d'alcool et d'autres drogues et antidépresseurs, 112-13
- disponibilité dans les collectivités rurales, 110  
 électroconvulsothérapie (ECT), 74  
 hormonothérapie, 62-63, 74  
 luminothérapie, 74  
 médecins de famille et, 87-89  
 motifs, 66-68  
 options, 66  
 programmes de dépistage et aiguillage, 49  
 programmes de dépistage et disponibilité, 41, 44, 50  
 psychiatres et, 89-90  
 psychologues et, 90  
 psychothérapies, 72-73  
 rétablissement et, 17  
 rôle des fournisseurs de services, 67-68  
 salles d'urgence et, 78-82, 87  
 traitements complémentaires ou parallèles, 74
- Trouble bipolaire et DPP, 24, 25, 121  
 Troubles de l'humeur, 22-25, Voir aussi **anxiété; blues; dépression; dépression du post-partum; psychose; symptômes**  
 hésitation à obtenir de l'aide, 37, 39  
 obstacles à la divulgation, 37, 39  
 sommaire des (Tableau 1-1), 22  
 surveillance par les partenaires "Voir aussi familles; pères" et les membres de la famille, 77  
 surveillance par les partenaires et les membres de la famille, 94
- Troubles de l'humeur, 18  
 Troubles du sommeil, 19, 126  
 minimiser les interruptions après l'accouchement, 126-27
- V**
- Violence. Voir **mauvais traitements et DPP**  
 Visites à domicile  
 counseling non directif et, 73  
 par les sages-femmes, 59  
 Visites à domiciles, 56-57
- W**
- Wellbutrin. Voir **bupropion**  
 Women's Health Concern Clinic, 126
- Z**
- Zolof. Voir **sertraline**

