



Dépression chez la femme durant la période périnatale : survol des facteurs de risque, conséquences et interventions

Mai Thanh Tu, chercheuse, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

Contexte

La période périnatale, entourant la grossesse, est riche en émotions. Si le stress lié aux activités quotidiennes a généralement peu de conséquences sur la santé des femmes enceintes et des mères, vivre des événements très stressants peut en revanche mener à l'épuisement de leurs réserves physiques et émotionnelles, et les rendre plus vulnérables aux symptômes dépressifs. Ceux-ci, lorsque sévères et persistants, peuvent mener à une dépression prénatale (durant la grossesse) ou postpartum (après l'accouchement).

Qu'est-ce que la dépression prénatale?

Près de 70 % des femmes vont ressentir des symptômes dépressifs au cours de leur grossesse : fatigue, troubles du sommeil ou de concentration, changements dans l'appétit et dans les habitudes alimentaires, irritabilité, anxiété, mélancolie ou cafard. Similaires aux malaises liés à la grossesse, ces symptômes passent souvent inaperçus et vont s'estomper avec le temps. Par contre, le sentiment de dissociation avec l'enfant à naître est un signe propre à la dépression prénatale, laquelle peut toucher 10 à 15 % des femmes enceintes¹.

Qu'est-ce que la dépression postnatale ou postpartum?

Mettre au monde un enfant est une expérience éprouvante et intense, tant physiquement qu'émotionnellement. Après l'accouchement, certaines mères éprouvent des variations de l'humeur et des symptômes dépressifs. Nous distinguons trois catégories de troubles affectifs du postpartum : le blues (ou syndrome du troisième jour), la dépression postpartum et la psychose postpartum. Le blues postpartum, communément appelé « le postpartum », survient dans les jours suivant l'accouchement chez 50 à 80 % des mères. Il se traduit par des sautes d'humeur, des pleurs, de l'irritabilité, et ces symptômes peuvent durer quelques semaines. La dépression postpartum, laquelle touche 10 à 20 % des mères, est plus grave et s'accompagne de découragement, de tendance aux larmes, de culpabilité, d'anxiété, et d'irritabilité. Un sentiment de désintérêt envers l'enfant est également présent. La psychose postpartum, beaucoup plus rare, atteint environ une mère sur mille et s'accompagne de désarroi extrême, d'agitation, de désespoir, d'hallucinations, et de manies.

Quelles femmes sont le plus à risque d'avoir des symptômes dépressifs prénataux ou postpartum?

Il n'existe pas de cause directe menant à la dépression. Des variables biologiques, psychologiques et socioculturelles sont susceptibles d'augmenter la vulnérabilité des femmes³⁻⁵ : dépression et anxiété pendant la grossesse; antécédents personnels et familiaux de dépression; événements stressants ou conditions familiales difficiles; absence ou peu de soutien social; tempérament du bébé; faible estime de soi; conditions socioéconomiques défavorables, immigration; grossesses multiples (jumeaux, triplés) ou non désirées; deuil périnatal (avortement spontané, mort in utero); blues du postpartum prononcé; perturbations des taux d'hormones de grossesse; accès restreint aux services durant la grossesse et après l'accouchement.

Quelles sont les conséquences d'une dépression prénatale ou postpartum^{3, 6?}

Pour la mère : difficulté à adopter une hygiène de vie adaptée à la grossesse (nutrition adéquate, activité physique modérée, repos); stress marital, qui peut mener à la séparation ou au divorce; difficultés ressenties par la femme enceinte ou qui vient d'accoucher à gérer le stress et l'anxiété auxquels elle doit faire face lors de ses activités quotidiennes; relations interpersonnelles avec la famille et les proches parfois perturbées.

Pour l'enfant : naissance d'un bébé de petit poids; perturbation possible de la relation mère-enfant; perception négative du comportement du nouveau-né, qui peut conduire à une insécurité d'attachement et à un retard du développement émotif; difficulté à gérer le stress chez l'enfant qui a été exposé à des taux excessifs d'hormones maternelles pendant la gestation, ou attachement maternel inadéquat en bas âge.



Près de 70 % des femmes vont ressentir des symptômes dépressifs au cours de leur grossesse



Que pouvons-nous faire en cas de dépression prénatale ou postpartum?

Bien qu'il existe des outils de dépistage et des traitements efficaces, la dépression postpartum n'est pas assez dépistée, diagnostiquée et traitée. L'amélioration du dépistage permet d'intervenir rapidement, lorsque nécessaire.

Renseigner les femmes enceintes à propos de la dépression prénatale et postpartum.

L'information permettra de reconnaître plus facilement la présence de dépression ou de briser les tabous.

Promouvoir l'activité physique.

L'exercice peut aider à combattre le stress et améliorer le bien-être. Les effets directs de l'exercice sur les symptômes dépressifs prénataux ou postpartum sont peu connus. L'activité physique modérée durant la période périnatale est conseillée pour mieux gérer la fatigue et améliorer le soutien social (activités de groupe).

Réduire le stress associé aux préparatifs de l'arrivée de l'enfant.

Une plus grande disponibilité du suivi médical prénatal et postpartum, une meilleure conciliation au travail pendant la grossesse et au retour du congé de maternité, et un bon soutien social sont des exemples de moyens à mettre en place pour réduire le stress.

Luminothérapie, psychothérapie et médication.

Certaines interventions, telles que la luminothérapie et la psychothérapie avec l'approche cognitivo-comportementale ou interpersonnelle, sont efficaces. Selon la gravité de la dépression, l'usage d'antidépresseurs peut être recommandé par le médecin, tout en mesurant les risques que cela pourrait occasionner pour la santé de l'enfant à naître.

Programmes et services favorisant une bonne santé mentale prénatale et postpartum

Plusieurs programmes sont offerts par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) : conseils pré- et postnataux; suivis postnataux par une infirmière au retour à la maison après l'accouchement; contacts avec des groupes de soutien postnataux : marraines d'allaitement, cours et activités postnataux offerts dans les centres sportifs et communautaires, etc.; programme OLO (œuf, lait, orange), lequel permet aux femmes de milieux défavorisés d'avoir accès quotidiennement à une alimentation saine et à des suppléments vitaminés durant la grossesse; programmes SIPPE (services intégrés en périnatalité et petite enfance), offerts dans les quartiers défavorisés pour guider les jeunes mères ou celles ayant un faible niveau d'éducation pendant la grossesse et les cinq premières années de vie de l'enfant.

Bien que plusieurs services et programmes soient offerts pour guider les femmes durant leur grossesse, on aborde encore très peu avec elles les risques de faire une dépression. Il convient donc de rappeler l'importance de procurer une formation en santé mentale à tous les intervenants qui travaillent en périnatalité.

La dépression postpartum n'est pas assez dépistée, diagnostiquée et traitée.

quintessence

Bibliographie

1. Gaynes, B.N, Gavin, G., Meltzer-Brody, S. Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G. & al., (2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes, *Evidence Reports/Technology Assessments*, 119, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
2. Beck, C.T. (2006). Postpartum Depression: it isn't just the blues. *Am J Nurs*, 106(5), 40-50.
3. Dunkel Schetter C. (2011) Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*, 62, 531-58.
4. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. (2011) Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202(1), 5-14.
5. Miszkurka M, Goulet L, Zunzunegui MV. (2010) Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada. *Can J Public Health*, 101(5), 358-64.
6. Registered Nurses' Association of Ontario (2005). *Interventions for Postpartum Depression*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
7. Robitaille, C. et Fleury, M. (2010). Antidépresseurs et grossesse, pour une mère heureuse et un bébé en santé ! *Le Médecin du Québec*, 45(8), 65-68.