

La dépression du post-partum: enjeux du dépistage et soins précoces et spécifiques.

Dr Zimmermann Marie-Agathe, psychiatre, responsable de l'unité mère-bébé CHU Strasbourg.

Dr Elsa Terzic, chef de clinique en pédopsychiatrie

Un trouble fréquent.

- La dépression du post partum constitue la complication médicale la plus fréquente du post-partum.
- 15 à 20% de femmes souffrent de cette pathologie dans le post-partum.
- La dépression maternelle tue plus que n'importe quelle autre complication périnatale.
- De ce fait les causes psychiatriques représentent la principale cause de mortalité de la mère dans l'année suivant le post-partum. (Alain Grégoire psychiatre périnataliste anglais).

Souvent non diagnostiqué

- Une grande culpabilité maternelle à évoquer ses difficultés
- Une méconnaissance encore importante de ce trouble dans les familles
- Des symptômes peu spécifiques et différents d'une dépression classique
- Des outils de dépistage encore insuffisamment déployés et peu connus chez les professionnels de terrain

Des facteurs de risque à rechercher.

- Obstétricaux: l'absence de planification de la naissance, l'absence de préparation à l'accouchement et les complications durant l'accouchement
- Familiaux: l'absence de liens sociaux, les difficultés relationnelles avec sa propre mère ou l'absence de mère (Murray et Cox)
- Psychiatriques: les troubles psychiatriques pré-existants et les difficultés dans le post partum pour les grossesses précédentes.

Des signes cliniques évocateurs du côté de la mère

- irritabilité, anxiété majeure, phobies nouvelles, troubles du sommeil chez la mère
- Sentiment marqué d'incapacité maternelle, culpabilité exacerbée
- Anxiété excessive et focalisée autour du bébé
- Baisse de l'humeur n'est souvent pas au premier plan. Labilité émotionnelle et pleurs fréquents

Plaintes somatiques concernant l'enfant

- Consultations pédiatriques fréquentes pour des troubles chez l'enfant: pleurs inconsolables, régurgitations exacerbées, troubles du sommeil, faible prise pondérale, affections dermatologiques

Un outil de dépistage

- L'échelle de dépression du post-partum d'Edimbourg
- Permet aux professionnels d'évoquer la question du bien-être psychique
- Auto-questionnaire en 10 questions
- Support pour adresser plus facilement les patientes

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.

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

Enjeux du dépistage

- Risque majeur de complications
- Pour la mère: risque de dépression, de suicide
- Pour le couple: risque de conflits et séparation
- Pour l'enfant: risque d'insécurité affective, retard de développement, trouble de l'attachement, troubles du liens mère-bébé

Un dispositif de soins adapté et gradué

- En prénatal: repérage des difficultés et facteurs de risques par les équipes obstétricales, importance de l'entretien prénatal précoce du 4ème mois
- Possibilité d'adresser à des psychologues ou psychiatres spécialisés en périnatalité pendant la grossesse
- Importance dans le post-partum de proposer des soins mères-bébés: visites à domicile de soignantes, prise en charge en hôpital de jour parents enfants, soutien par la PMI, prise en charge en unité mère-bébé temps plein dans les situations les plus graves

Assises de Psychiatrie

- Un entretien systématique pour toutes les femmes dans la cinquième semaine qui suit l'accouchement
- Une mesure phare annoncée par Adrien Taquet, secrétaire d'état à l'enfance
- Entretien fait par des sages femmes et des médecins généralistes



Une histoire clinique illustratrice

- Mme M. 33 ans, mariée, vit en couple, directrice d'école, première grossesse
- Consulte suite aux recommandations de la sage femme libérale, deux mois après l'accouchement
- Appelle sa sage femme quotidiennement pour des craintes centrées sur le bébé. Labilité thymique.
- Insomnie marquée. Troubles de l'appétit.

anamnèse

- Antécédents: deux fausses couches et une grossesse extra utérine, troubles anxieux pendant les études
- Pas d'antécédents familiaux
- Début des troubles anxieux pendant la grossesse avec des troubles du sommeil, cauchemars, anticipation anxieuse de l'accouchement.
- Suivi de la grossesse en libéral, projet de naissance déterminé, souhait d'un accouchement naturel.

- Vécu traumatique de l'accouchement: césarienne en urgence pour mauvaise tolérance du travail.
- Naissance de Victor, en bonne santé
- Allaitement maternel exclusif à la demande.
- Dès le retour à domicile, Mme M. décrit une anxiété massive avec une hypervigilance et une insomnie marquée, dort une heure par nuit, ne se rendort pas entre les tétées.

- Impossibilité d'être seule avec l'enfant, famille très soutenance
- La mère de Mme vient au domicile quand le mari travaille.
- Aggravation des symptômes au un mois de Victor.
- Vérifie que son bébé respire pendant le sommeil toutes les demi-heures, pleurs fréquents, irritabilité
- Sentiment d'être une mauvaise mère, phobies d'impulsion

Parcours de soins

- Adressée par la sage femme libérale
- Suivi ambulatoire par psychiatre spécialisé en périnatalité pendant quelques semaines
- Mme M. s'oppose d'abord au traitement médicamenteux proposé, après quelques semaines, l'alliance thérapeutique permet à la patiente d'accepter un traitement
- Introduction de sertraline par paliers de 25mg.

- Prise en charge en hôpital de jour mère-bébé deux fois par semaine pendant un mois.
- Effondrement dépressif avec idées suicidaires marquées après quelques jours de traitement par sertraline.
- Indication d'une hospitalisation conjointe mère enfant
- Anxiolyse par benzodiazépines

- Aggravation des symptômes avec hallucinations auditives “une chanson qui tourne en boucle dans ma tête”
- Phobies d’impulsion “peur de cogner Victor contre le mur”
- Instabilité psychomotrice
- Hypervigilance
- Thymie basse, idées suicidaires avec scénario évoqué

- Majoration du traitement antidépresseur avec introduction d'un neuroleptique risperdal à 4mg
- Soins de maternage pour la mère: atelier massage, relaxation
- Ateliers mère bébé avec la puéricultrice en groupe autour d'un thème centré sur le développement de l'enfant
- Accompagnement des soins au bébé par les soignantes
- Psychothérapie mère bébé

- Après 3 semaines d'hospitalisation, amélioration clinique nette.
- Relais de soins avec prise en charge en hôpital de jour mère enfant deux fois par semaine

Conséquences sur le bébé

- Victor ne se manifeste que peu
- Il regarde peu sa mère, une échelle ADBB nous montre qu'il est en retrait relationnel
- Les soins permettent à Mme M. et à Victor de tisser un lien
- L'accompagnement soignant dans les soins quotidiens est très bénéfique
- Victor s'éveille, et ne présente finalement aucun retard de développement

ALARME DETRESSE BEBE (ADBB) A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement nettement anormal
- 3 : Comportement très nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage:

0 1: 2: 3: 4

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel:

0 1: 2: 3: 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 1: 2: 3: 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité :

0 1: 2: 3: 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 1: 2: 3: 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

0 1: 2: 3: 4

7 RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0: 1: 2: 3: 4:

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0: 1: 2: 3: 4

Nom/N° :

Age : Examineur

Total:

Conclusion

- Importance d'un dépistage précoce
- Parcours de soins spécialisés
- Soins conjoints adaptés
- Risque vital pouvant être engagé

Merci pour votre attention