



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Symptomatologie dépressive du post-partum : prévalence, facteurs de risque et lien avec la qualité de vie



Post-partum depressive symptoms: Prevalence, risk factors and relationship with quality of life

R. Cherif^{a,*}, I. Feki^a, H. Gassara^b, I. Baati^a, R. Sellami^a, H. Feki^c, K. Chaabene^b, J. Masmoudi^a

^a Service de psychiatrie A, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

^b Service de gynécologie et obstétrique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

^c Service d'épidémiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 9 octobre 2016
Disponible sur Internet le 24 juillet 2017

Mots clés :
Dépression du post-partum
Prévalence
Tunisie
Qualité de vie

Keywords:
Post-partum depression
Prevalence
Tunisia
Quality of life

RÉSUMÉ

Objectif. – Estimer la prévalence de la symptomatologie dépressive en post-partum dans un échantillon de femmes tunisiennes, étudier les facteurs associés et évaluer son lien avec la qualité de vie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une enquête prospective réalisée en deux temps : à la première semaine (T1), puis entre la sixième et la huitième semaine du post-partum (T2). La symptomatologie dépressive et la qualité de vie ont été évaluées respectivement par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale et l'échelle de World Health Organization Quality of Life-version abrégée.

Résultats. – En T1, la prévalence de la symptomatologie dépressive dans l'échantillon total (150 femmes) a été de 14,7 % et elle a été liée à l'âge supérieur à 35 ans, au niveau scolaire bas, aux antécédents personnels psychiatriques, à la multiparité, à l'accouchement par césarienne ou par voie basse instrumentale au cours de la grossesse précédente et à la difficulté à accepter la grossesse actuelle. Cette prévalence a été de 19,8 % chez les 126 femmes revues en T2 et elle a été corrélée aux signes sympathiques exagérés pendant la grossesse à savoir la perversion du goût et la fatigue. La qualité de vie a été fortement corrélée aux symptômes dépressifs en T1 et en T2.

Conclusion. – Les symptômes dépressifs du post-partum sont fréquents dans notre échantillon et sont corrélés à la qualité de vie. Des mesures thérapeutiques sont à proposer pour les femmes présentant des symptômes dépressifs en post-partum, et particulièrement présentant plusieurs facteurs de risque afin d'améliorer leur qualité de vie.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – The objective of our study was to estimate the prevalence of the post-partum depressive symptomatology in a sample of Tunisian women, to study associated factors and to assess its relationship to quality of life.

Patients and methods. – This is a prospective study carried out in two stages: during the first week (T1), then between sixth and eighth week post-partum (T2). Depressive symptomatology and quality of life were assessed respectively by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the World Health Organization Quality of Life scale.

Results. – In the first stage, the prevalence of depressive symptomatology in the total sample (150 women) was 14.7% and was related to age above 35 years, low school level, personal psychiatric history, multiparity, caesarean delivery or forceps in the previous pregnancy and unplanned pregnancy. This prevalence was 19.8% among the 126 women reviewed in T2 and was correlated with the

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rim-feki@hotmail.fr (R. Cherif).

exaggerated sympathetic signs during pregnancy, namely perversion of taste and fatigue. Quality of life was strongly correlated with depressive symptoms in T1 and T2.

Conclusion. – Post-partum depressive symptoms were common in our sample and were correlated with quality of life. Therapeutic measures should be proposed for women with post-partum depressive symptoms and particularly with several risk factors in order to improve their quality of life.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La période du post-partum est un centre d'intérêt pour de nombreux auteurs, tant il s'agit d'un moment chargé d'émotions, de modifications biologiques, psychologiques, cognitives et socio-familiales [1]. C'est une période de vulnérabilité propice aux décompensations, voire à la survenue de troubles de la santé mentale et même de pathologies psychiatriques qui concernent toutes les manifestations allant des états névrotiques simples aux psychoses aiguës graves, confuso-oniriques, dont les plus fréquents étant les troubles de l'humeur [1]. Le post-partum blues est un trouble de l'humeur bref et passager survenant dans les premiers jours après l'accouchement et dont la prévalence varie entre 13 % et 84 % suivant le critère de sévérité choisi [1,2]. Il se caractérise essentiellement par des pleurs incessants accompagnés de tristesse, de labilité de l'humeur et de troubles cognitifs [3,4]. Contrairement au post-partum blues, qui est généralement un état non pathologique, la dépression du post-partum atteint de 11 % à 20 % des mères selon la méthode et le score seuil choisis pour l'estimation [1,3,5].

Sa spécificité réside dans certaines de ses caractéristiques : la difficulté de diagnostic due à la fréquence de certains symptômes, non pathologiques, liés à la grossesse ou aux suites de l'accouchement ; la naissance de l'enfant qui est un événement de vie significatif ; et le lien physique et psychique (positif ou négatif) entre la mère et l'enfant qui s'établit à cette période [5].

La survenue de ces troubles peut avoir de lourdes conséquences avec une altération de la qualité de vie et une incapacité de prendre soins de soi-même, de son couple et du nourrisson [5,6].

Le but de notre étude est d'estimer la prévalence de la symptomatologie dépressive du post-partum dans une population de femmes tunisiennes à deux moments, la première semaine et entre la sixième et la huitième semaine du post-partum, et d'évaluer son impact sur certains aspects de la qualité de vie.

2. Méthodes

2.1. Échantillon et déroulement de l'étude

Nous avons mené une étude prospective, descriptive et analytique, réalisée en deux temps (qu'on a nommé respectivement T1 et T2), durant la période allant du 1^{er} juillet au 30 septembre 2014.

2.1.1. Au temps T1

Nous avons inclus 150 femmes parmi celles ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalo-universitaire de Sfax en Tunisie, quel que soit le mode d'accouchement et après l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Cette évaluation s'est déroulée au cours de la première semaine du post-partum et au plus tard le jour de sortie de chaque femme. L'enquêteur s'est déplacé à la maternité deux heures chaque jour durant la période de l'étude. Les critères de non-inclusion ont été : le refus de participer à l'enquête, les femmes illettrées ou présentant une déficience intellectuelle vu la difficulté de répondre

aux questionnaires, et celles ayant eu une mort fœtale intra-utérine.

2.1.2. La deuxième évaluation (T2)

Elle a eu lieu six à huit semaines après T1 selon les aléas des rendez-vous. En effet, pour les femmes ayant, elles ou leur bébé, une pathologie nécessitant un suivi par un médecin spécialiste aux consultations externes de gynécologie obstétrique ou de néonatalogie, un rendez-vous a été fixé lors de la première évaluation. Quand les suites des couches étaient simples et que la consultation post-natale a été assurée par la sage-femme, l'évaluation s'est déroulée aux dispensaires correspondant au logement de chaque femme et on s'est renseigné sur la date de la consultation par téléphone. L'enquêteur s'est déplacé aux dispensaires selon les rendez-vous des femmes avec la sage-femme.

2.2. Méthodes

2.2.1. Au cours de la première évaluation

Nous avons administré les outils suivants.

2.2.1.1. Un questionnaire médico-sociodémographique. Le questionnaire est composé des parties suivantes :

- les données sociodémographiques (âge, état civil, niveau socioéconomique, niveau scolaire, origine géographique) ;
- les antécédents personnels médicochirurgicaux et psychiatriques ;
- les paramètres relatifs à la grossesse précédente et actuelle : la parité, le mode d'accouchement au cours de la grossesse précédente pour les femmes multipares, les antécédents d'avortement, la difficulté à accepter la grossesse actuelle, les pathologie(s) somatique(s) apparue(s) au cours de la grossesse actuelle, les signes sympathiques exagérés du premier trimestre de la grossesse actuelle (modification de l'appétit, nausées, vomissement, perversion du goût défini comme le dégoût de certains aliments ou de certaines odeurs, irritabilité, fatigue) ;
- les paramètres relatifs à l'accouchement : la voie d'accouchement, le terme d'accouchement, le sexe du bébé.

2.2.1.2. L'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). L'EPDS a été utilisé pour évaluer les symptômes dépressifs du post-partum. C'est une échelle développée par Cox et al. [7] qui comporte dix items, coté chacun de 0 à 3 selon un ordre croissant de sévérité. Le score total à l'EPDS varie de 0 à 30. Nous avons utilisé une version de l'EPDS traduite en arabe dialectal tunisien et validée en Tunisie en 2004 par l'équipe de psychiatrie de Monastir [8]. Le seuil retenu pour estimer une symptomatologie dépressive de sévérité variable (allant du baby blues à la dépression sévère) dans les deux évaluations a été un score supérieur ou égal à 10. L'échelle EPDS a été passée en auto-questionnaire dans les deux temps de l'évaluation. L'EPDS a une sensibilité de 1 et une spécificité de 0,91 au seuil de 10 et plus et estime une symptomatologie dépressive légère ou sévère et pas uniquement sévère [7].

2.2.1.3. L'échelle World Health Organization Quality Of Life (WHO-QOL). La WHOQOL est une échelle générale, élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et qui évalue la qualité de vie liée à la santé [9]. Elle est composée de 26 items : deux items globaux et 24 items répartis sur 4 domaines généraux : la santé physique (7 items), la santé psychologique (6 items), les relations sociales (3 items) et l'environnement (8 items). La version abrégée de cette échelle a été validée en arabe littéral dans une population d'adultes tunisiens [10].

2.2.2. Au cours de la deuxième évaluation (T2)

Nous avons administré la deuxième partie du questionnaire concernant les données du post-partum (l'allaitement maternel et l'occupation des besoins de nouveau-né en post-partum) et l'EPDS.

Parmi les 150 femmes incluses à la maternité en T1, 126 femmes, soit 84 %, ont été revues en T2. Vingt-quatre femmes ont été perdues de vue.

2.2.3. Pour la saisie et l'analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) dans sa vingtième version. La comparaison entre les sous-groupes a été effectuée moyennant le test de Chi², le test *t* de Student pour échantillons indépendants et le test Anova. Enfin, une analyse de régression logistique a été réalisée afin de dégager les prédicteurs de la dépression du post-partum. On a utilisé la méthode « pas à pas ». Les potentiels prédicteurs utilisés dans le modèle sont les variables dont les résultats se sont avérés significatifs aux analyses statistiques univariées précédentes. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Notre échantillon étudié au temps T1 ($n = 150$) avait un âge moyen de 29,6 ans (écart-type = 5,4), avec un minimum de 18 ans et un maximum de 41 ans.

Ces femmes étaient majoritairement mariées (98,7 %), de niveau socioéconomique moyen (97 %), et n'avaient pas dépassé le niveau d'études secondaires (82,7 %). Elles étaient issues d'un milieu rural dans 51,3 % des cas. Quatorze femmes (9,3 %) avaient des antécédents psychiatriques de symptômes dépressifs rapportés par la femme.

3.2. Données obstétricales (échantillon global = 150 femmes)

3.2.1. Données relatives à la grossesse précédente et actuelle

Les femmes étaient primipares dans 43,3 % des cas et 20 % avaient des antécédents d'avortement. Le mode d'accouchement au cours de la grossesse précédente pour les femmes multipares était la voie basse pour 54,1 % d'entre elles, la césarienne chez 38,8 %, et la voie basse instrumentale chez 7,1 %. La difficulté à accepter la grossesse était exprimée par 15,3 % des femmes. Des pathologies intercurrentes lors de la grossesse étaient signalées chez 31,3 % des femmes, représentées essentiellement par une hypertension artérielle gravidique dans 25,5 % et par un diabète gestationnel dans 14,9 % des cas. La notion de signes sympathiques exagérés au premier trimestre de la grossesse était signalée dans 64,7 % des cas. Les signes sympathiques exagérés les plus fréquents étaient la modification de l'appétit dans 50,7 % des cas, les nausées dans 49,3 %, les vomissements dans 47,3 %, la perversion du goût dans 39,3 % et la fatigue dans 14 % des cas.

3.2.2. Données relatives à l'accouchement et au post-partum

Le mode d'accouchement au cours de la grossesse actuelle était la voie basse chez 51,3 % des femmes, la césarienne chez 44,7 % et la

voie basse instrumentale pour 4 % d'entre elles. Moins de 7 % des nourrissons étaient nés avant 36 semaines d'aménorrhée et étaient considérés comme prématurés. Les nouveau-nés étaient allaités au sein dans 76,7 % des cas. L'occupation des besoins de nouveau-né en post-partum était assurée par la mère seule dans 46 % des cas et avec l'aide d'un membre de la famille dans 54 % des cas.

3.3. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de la population de femmes perdues de vues (24 femmes)

3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes perdues de vues avaient une moyenne d'âge de 30 ans (écart-type = 5,6). Ces femmes étaient toutes mariées et de niveau socioéconomique moyen.

Elles n'avaient pas dépassé le niveau d'études secondaires dans 79,2 %, et étaient issues d'un milieu rural dans 58,3 % des cas. Deux femmes (8,3 %) avaient des antécédents psychiatriques de symptômes dépressifs rapportés par la femme.

3.3.2. Données relatives à la grossesse précédente et actuelle

Les femmes étaient primipares dans la moitié des cas et 12,5 % avaient des antécédents d'avortement. La difficulté à accepter la grossesse était exprimée par 25 % des femmes. Des pathologies intercurrentes lors de la grossesse étaient signalées chez 25 % des femmes. La notion de signes sympathiques exagérés au premier trimestre de la grossesse était signalée dans 83,3 % des cas.

3.3.3. Données relatives à l'accouchement et au post-partum

Le mode d'accouchement au cours de la grossesse actuelle était la voie basse chez 33,3 % des femmes, la césarienne chez 66,7 %. Moins de 17 % des nourrissons étaient prématurés. Les nouveau-nés étaient allaités au sein dans 66,7 % des cas. L'occupation des besoins de nouveau-né en post-partum était assurée par la mère seule dans 58,3 % et avec l'aide d'un membre de la famille dans 41,7 % des cas.

3.4. Prévalence de la symptomatologie dépressive

3.4.1. Au temps T1

Échantillon total ($n = 150$) : vingt-deux femmes ont eu un score supérieur ou égal au seuil de 10, soit une prévalence de la symptomatologie dépressive estimée à 14,7 % (Tableau 1).

En dehors des patientes perdues de vue, les femmes qui ont eu un score supérieur ou égal à 10 en T1 étaient au nombre de vingt, soit une prévalence de la symptomatologie dépressive de 15,9 %.

Pour les femmes perdues de vue ($n = 24$) : deux femmes ont eu un score supérieur ou égal au seuil, soit une prévalence de la symptomatologie dépressive estimée à 8,3 %.

3.4.2. Au temps T2 ($n = 126$)

Vingt-cinq femmes ont eu un score supérieur ou égal à 10, soit une prévalence de la symptomatologie dépressive de 19,8 %.

3.5. Évaluation de la qualité de vie

Le Tableau 1 résume les scores moyens de la qualité de vie et ses différentes dimensions, dans notre population, aussi bien en T1 qu'en T2.

3.6. Étude des facteurs de risque de symptomatologie dépressive

Dans notre échantillon, on a repéré plusieurs facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive définie par des scores à l'EPDS supérieur ou égal à 10. Ces facteurs sont rapportés dans le Tableau 2.

Tableau 1

Les scores moyens de l'EPDS et de la qualité de vie.

	En T1 ^a			En T2 ^b
	Femmes incluses (n=150)	Femmes revues en T2 (n=126)	Femmes perdues de vue (n=24)	Femmes vues à T1 et T2 (n=126)
Score moyen de l'EPDS	3,9 ± 4,4	4,3 ± 4,5	2,7 ± 4	3,41 ± 5
Score ≥ 10	14,7 %	15,9 %	8,3 %	19,8 %
Qualité de vie	81,6 ± 9,1	81,8 ± 9	80,6 ± 9,7	81,6 ± 9,1
Santé physique	24,3 ± 4,1	24,4 ± 4,2	23,7 ± 4,1	24,4 ± 4,2
Santé psychologique	20,9 ± 2,7	20,9 ± 2,6	20,8 ± 3,2	20,8 ± 2,7
Relations sociales	10,6 ± 1,4	10,6 ± 1,1	10,6 ± 1,2	10,6 ± 1,4
Environnement	25,9 ± 3,2	25,9 ± 3,2	25,8 ± 3,5	25,8 ± 3,2

^a T1 : en maternité.^b T2 : 6 à 8 semaines après la sortie de la maternité.**Tableau 2**

Les facteurs de risque de la symptomatologie dépressive en T1 et en T2.

	En T1 ^a (n=150)			En T2 ^b (n=126)		
	EDPS < 10	EDPS ≥ 10	p	EDPS < 10	EDPS ≥ 10	p
Âge						
< 25 ans	21,1	13,6	0,027	17,8	32	0,3
25–35 ans	65,6	50		64,4	48	
> 35 ans	13,3	36,4		17,8	20	
Niveau scolaire						
Primaire	32,8	63,6	0,01	33,7	36	0,15
Secondaire	47,7	31,8		47,5	56	
Supérieur	19,5	4,6		18,8	8	
Antécédents personnels psychiatriques						
Oui	1,6	54,5	0,000	7	20	0,13
Parité						
Primipare	46,9	22,7	0,035	44,6	32	0,4
Multipare	53,1	77,3		55,4	68	
Mode d'accouchement						
Antérieur						
Voie basse	61,8	23,5	0,018	53,6	47,1	0,73
Voie basse instrumentale	5,9	11,8		7,1	11,7	
Césarienne	32,3	64,7		39,3	41,2	
Difficulté à accepter la grossesse						
Oui	11,7	36,4	0,003	12,9	16	0,33
Signes sympathiques exagérés						
Oui	62,5	77,3	0,18	57,4	44	0,025
Fatigue						
Oui	11,7	27,3	0,052	8,9	32	0,01
État civil	0,55		0,61			
Origine géographique	0,74		0,6			
Niveau socioéconomique	0,46		0,6			
Antécédents d'avortement	0,35		0,4			
Pathologies lors de la grossesse	0,34		0,76			
Mode d'accouchement actuel	0,39		0,11			
Prématurité	0,27		0,15			
Allaitement	0,3		0,34			
Occupation du bébé	0,97		0,75			

^a T1 : en maternité.^b T2 : 6 à 8 semaines après la sortie de la maternité.

3.6.1. Au temps T1

Les facteurs les plus liés à la symptomatologie dépressive ont été l'âge des femmes supérieur à 35 ans, le niveau scolaire bas, les antécédents personnels psychiatriques de symptomatologie dépressive, la multiparité, l'accouchement par césarienne ou par voie basse instrumentale au cours de la grossesse précédente et la difficulté à accepter la grossesse actuelle. La perversion du goût pendant la grossesse a été également liée à des scores EPDS au-dessus du seuil aussi bien en T1 qu'en T2.

3.6.2. Au temps T2

Les facteurs corrélés à des scores à l'EPDS supérieur à 10 ont été les signes sympathiques exagérés pendant la grossesse représentés non seulement par la perversion du goût mais également par la fatigue.

3.6.3. Après analyse par régression logistique

Les antécédents personnels psychiatriques et le mode d'accouchement par césarienne ou par voie basse instrumentale au cours de la grossesse précédente apparaissent comme des facteurs de risque indépendants de la symptomatologie dépressive en T1, alors que les signes sympathiques exagérés ont été les plus liés aux symptômes dépressifs en T2.

3.7. Lien entre la symptomatologie dépressive, la qualité de vie et ses quatre dimensions

Les femmes avec des scores élevés à l'EPDS mesurés en T1 ou à T2 ont eu des scores de la qualité de vie et de ses quatre dimensions significativement plus bas comparativement à ceux ayant des scores à l'EPDS < 10 (Tableau 3).

Tableau 3

Lien entre la symptomatologie dépressive et la qualité de vie en T1 et en T2.

	En T1 ^a			En T2 ^b		
	EPDS < 10	EPDS ≥ 10	<i>p</i>	EPDS < 10	EPDS ≥ 10	<i>p</i>
Score global de la qualité de vie	83,7 ± 7,5	69,6 ± 8,5	≤ 0,01	83 ± 8,1	76,7 ± 10,6	0,009
Score de la santé physique	24,8 ± 4	21,4 ± 3,8	≤ 0,01	24,8 ± 4	22,9 ± 4,5	0,036
Score de la santé psychologique	21,5 ± 2,1	17,2 ± 2,7	≤ 0,01	21,2 ± 2,5	19,7 ± 2,8	0,007
Score des relations sociales	10,8 ± 1,2	9,4 ± 1,5	≤ 0,01	10,8 ± 1,3	10,1 ± 1,5	0,041
Score de l'environnement	26,5 ± 2,8	22,3 ± 3	≤ 0,01	26,4 ± 2,8	23,7 ± 3,6	≤ 0,01

^a T1 : en maternité.^b T2 : 6 à 8 semaines après la sortie de la maternité.

4. Discussion

4.1. Prévalence de la symptomatologie dépressive et les facteurs de risque associés

4.1.1. Prévalence

Dans l'échantillon global (150 femmes), la prévalence de la symptomatologie dépressive (représentée par le baby blues), à la première semaine du post-partum, était de 14,7 %. Ce taux varie dans la littérature entre 13 et 30 % ; avec 13 % pour des blues sévères [5]. L'étude de Chabrol et al., à propos de 859 femmes françaises examinées le 3^e jour du post-partum, a trouvé que 30 % avaient des scores de l'EPDS supérieur au seuil de 9 et 19 % avaient des scores supérieur ou égal à 11 [3]. Une étude au Népal, sur un échantillon de 100 femmes, entre le 2^e et le 3^e jour du post-partum a montré une prévalence de 29 % de symptomatologie dépressive au seuil de 13 et plus à l'EPDS [11]. Une autre étude a révélé que la prévalence de la symptomatologie dépressive entre le 10^e et le 14^e jour du post-partum a été de 13,9 % pour un score seuil à l'EPDS de 10 ou plus, ce qui est proche de nos résultats [12].

Nous remarquons ainsi qu'il existe une large différence des prévalences de cette symptomatologie au cours de la première semaine du post-partum selon les études. Cette différence est liée à plusieurs facteurs en rapport avec les caractéristiques de la population d'étude (taille, type, origine...), le type de l'instrument utilisé et le score seuil correspondant. Notre taux est inférieur à ceux trouvés dans d'autres études [3,11]. En effet, il a été avancé que cette entité affecterait moins les pays en voie de développement que le reste du monde [13]. Ceci pourrait être expliqué par l'existence de rituels postnataux et de réseaux de soutien plus importants et plus efficaces dans certaines sociétés par rapport aux autres. La famille constitue dans ce sens une source de soutien pour la mère, il s'agissait même dans certaines sociétés d'un devoir des membres de la communauté de se supporter aussi longtemps que possible [14]. C'est le cas de notre société où le couple mère-bébé fait l'objet d'un accompagnement, à la mesure des enjeux en présence. La maternité dans la culture arabe est valorisée et source de bonheur et de reconnaissance pour la mère [14]. À l'inverse, dans les sociétés occidentales, il y a peu de rituels pour signifier le changement d'identité, de rôle et de statut suite à l'accouchement [14]. Cependant, cet aspect ne permet pas de protéger les femmes, surtout celles accumulant plusieurs facteurs de risque, tels qu'un âge avancé, une multiparité, un niveau scolaire plus bas et des antécédents personnels de dépression.

Dans notre échantillon de 126 femmes, le taux de la symptomatologie dépressive (représentée par la dépression de sévérité légère à sévère) vers six à huit semaines après la sortie de la maternité était de 20 % environ. Une étude française, sur un échantillon représentatif de la population nationale de 604 femmes, a trouvé une prévalence estimée de 17 % de symptomatologie dépressive au seuil de 10 et plus à l'EPDS et à 2 mois post-partum [5]. La prévalence dans notre série se trouve donc relativement supérieure avec le même instrument, les mêmes critères de

sévérité et la même période que cette étude. Une méta-analyse internationale de O'Hara et Swain de 59 études a révélé que la dépression du post-partum touche en moyenne 13 % des femmes évaluée par l'EPDS à un seuil plus élevé de 12 et plus, et donc estimant des dépressions plus sévères [15]. Mais si on considère la symptomatologie dépressive légère et sévère, O'Hara et Wisner décrivent une prévalence de 19 % à cette période, et donc proche de nos résultats [1].

Des études faites en Afrique ou des pays arabo-musulmans donnent des valeurs de prévalence qui vont de 9,2 % jusqu'à 21 %, selon les instruments d'évaluation et les seuils de sévérité [16–19]. Une étude auprès de 300 femmes soudanaises après 3 mois de l'accouchement et en utilisant un score seuil à l'EPDS de 12 a trouvé une prévalence de 9,2 % [16]. Une prévalence de 15,4 % a été trouvée auprès de 540 femmes turques examinées entre la 6^e et la 8^e semaine du post-partum avec un score seuil à l'EPDS de 13 [17]. Chaaya et al. dans une étude au Liban ont montré une prévalence de 21 % entre le 3^e et le 5^e mois du post-partum avec un score seuil de 12 [18].

Une étude tunisienne réalisée dans la même maternité que la nôtre en 2008 et avec le même score seuil a montré une prévalence de 13,2 % [19].

La maternité en Tunisie, comme dans d'autres sociétés arabo-musulmanes et africaines, est une occasion pour la femme d'accomplir sa fonction essentielle qu'est la procréation, lourde tâche qui lui permet de mériter véritablement le statut de « femme » [20]. La grossesse et l'accouchement constituent des événements à la fois désirés et redoutés, car selon les croyances populaires, la femme en couches est l'objet du regard envieux des autres [21]. Des facteurs psychosociaux spécifiques sont donc susceptibles de favoriser une dépression auxquels s'ajoutent les facteurs individuels d'ordre psychologique et hormonal [20]. Ainsi, on remarque que l'influence culturelle sur la survenue de la dépression du post-partum relève de la balance des facteurs de protection et de vulnérabilité des nouvelles mères durant cette période cruciale de la vie.

4.1.2. Facteurs de risque

Dans la littérature, la symptomatologie dépressive du post-partum résulte de l'interaction de plusieurs facteurs de risque psychologiques, sociaux et biologiques [6,15,22].

Dans notre étude, l'âge maternel avancé (≥ 35 ans) a été associé à des scores EPDS supérieurs ou égaux au seuil de 10 en T1. Dans la littérature, ce facteur est un sujet de controverse. Quelques études ont impliqué les âges maternels extrêmes, moins de 20 ans et plus de 30 ans, dans le développement de la dépression [23,24]. Pour certains, l'âge ne semble pas avoir un impact fondamental dans la survenue de la pathologie dépressive du post-partum [19,25]. Dans d'autres études, aucune association n'a été établie avec l'âge pour les femmes primipares [26].

Le niveau scolaire bas a constitué un facteur de risque de la symptomatologie dépressive en T1. Selon certains auteurs, le bas niveau scolaire, les difficultés financières ainsi que le chômage semblent interagir et être corrélés à la dépression [22,24]. Le

chômage a été également corrélé au blues sévères [2], de même que le bas statut socioéconomique mais de façon moindre [15].

Les antécédents personnels psychiatriques de dépression est le facteur de risque le plus incriminé dans la survenue de la symptomatologie dépressive en post-partum dans la littérature [3,6,12,27]. En plus, les troubles dépressifs de la grossesse sont prédictifs de la survenue d'un baby blues et d'une dépression dans l'année qui suit l'accouchement [28]. Ainsi, un dépistage précoce de la dépression, aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement permet une meilleure prise en charge de la mère et du bébé au temps opportun [3].

L'accouchement par césarienne au cours de la grossesse antérieure a été associé au score supérieur ou égal du seuil de 10 en T1. Certaines études montrent que les femmes ayant des antécédents de complications obstétricales traumatiques sont plus de risque de développer une dépression à la grossesse suivante [29,30].

Dans notre étude, la multiparité a été significativement liée aux scores élevés d'EPDS en T1. En fait, Gotlib et al. [31] considèrent que la multiparité est un facteur de risque de dépression pendant la grossesse et pas en post-partum. Contrairement à nos résultats, quelques auteurs [13,32] ont conclu que les femmes primipares sont plus exposées aux complications de la grossesse et du post-partum avec un risque de dépression.

La difficulté à accepter la grossesse a été significativement associée à la symptomatologie dépressive en T1. Ceci rejoint les données de la majorité des études ayant évalué ce facteur [19,30]. Une grossesse non désirée ou pour laquelle a été envisagée une interruption volontaire serait plus fréquemment suivie d'une dépression du post-partum [33].

On remarque ainsi à travers nos résultats que l'âge avancé, la multiparité et la difficulté d'accepter la grossesse contribuerait à la survenue d'une symptomatologie dépressive du post-partum.

Quelques études ont montré que ceux qui sont parents pour la première fois montrent un plus fort attachement au bébé, pendant la grossesse, que les parents qui le sont pour la deuxième fois [34,35].

Dans notre contexte socioculturel caractérisé par un âge jeune du mariage et du 1^{er} enfant et donc d'une multiparité élevée pourrait être responsable d'une difficulté à accepter les grossesses ultérieures et de développement de difficultés psychologiques.

Les signes sympathiques exagérés dans leur ensemble ont été corrélés à un score supérieur ou égal au seuil de 10 en T2, et plus particulièrement, la fatigue et la perversion du goût. En T1, seule la perversion du goût a été corrélée à la symptomatologie dépressive. Ces signes pourraient être des manifestations subjectives d'une dépression gravidique qui n'a pas été diagnostiquée et qui s'est prolongée en post-partum [36]. Le diagnostic d'une dépression de la grossesse peut être délicat, surtout au premier et troisième trimestre de grossesse lorsque les préoccupations ou les modifications corporelles inhérentes à cet état peuvent se confondre avec des manifestations dépressives [37]. En effet, le principal écueil diagnostique est le chevauchement symptomatique : certains symptômes « sympathiques » du début de grossesse (asthénie, troubles du sommeil et de l'alimentation, labilité émotionnelle, tristesse de l'humeur) miment la symptomatologie dépressive [38]. De plus, les plaintes somatiques peuvent elles-mêmes traduire un état dépressif. Une étude récente a mis en évidence plus de plaintes à type de douleurs abdominales (ou plus spécifiquement la triade « nausée/contraction/consommation d'antalgiques ») chez les femmes enceintes dépressives, ainsi qu'un haut de degré de somatisation de la dépression gravidique [36].

4.2. Relation entre la symptomatologie dépressive et la qualité de vie

Dans notre étude, la symptomatologie dépressive a été négativement corrélée au score global de la qualité de vie et de

ses quatre dimensions (la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement). Quelques études ont mis en évidence qu'une humeur dépressive a été liée à une altération de la qualité de vie durant la période du post-partum [39–43]. Parmi ces études, une étude ayant étudié la relation entre la qualité de vie évaluée par l'échelle WHOQOL-Bref et les symptômes dépressifs en post-partum a trouvé un lien significatif [43]. Une étude réalisée à Hong Kong a mis en évidence une altération de la qualité de vie des mères à la naissance et surtout de sa composante mentale. Cette composante augmente progressivement au cours du post-partum [41].

La dépression a été également associée à la non-satisfaction par rapport à sa santé. Le lien entre la dépression et la qualité de vie liée à la santé physique peut être expliqué par le fait que certains éléments du syndrome dépressif (à savoir, les activités de la vie quotidienne, de l'énergie et de la fatigue, le sommeil, la douleur et la capacité de travail) chevauchent avec l'altération de la santé physique [44]. De plus, le développement de la maladie mentale peut conduire à une aggravation de la qualité de vie en raison de la détérioration des relations sociales, l'utilisation inappropriée des ressources personnelles, et l'augmentation de l'isolement social [44]. La dépression peut avoir des effets secondaires délétères sur le fonctionnement socioprofessionnel de la femme, même après réduction significative des symptômes dépressifs [45].

À partir de nos résultats, on ne peut pas prédire si la dépression est la cause ou la conséquence de l'altération de la qualité de vie. Quelques études ont mis en évidence un impact négatif de la dépression sur les activités quotidiennes et le travail qui altère la qualité de vie [46]. En revanche, une faible estime de soi et une auto-perception négative de sa qualité de vie durant la grossesse a été liée à des symptômes dépressifs durant la grossesse et la période du post-partum [47,48].

4.3. Limites de l'étude

Notre étude comporte certains biais et limites qu'il convient d'évoquer.

Notre échantillon hospitalier ne peut pas être représentatif de la population tunisienne. En fait, cet échantillon est caractérisé par le faible niveau socio-éducatif ce qui peut biaiser nos résultats.

Le niveau scolaire bas a empêché certaines femmes de participer à l'enquête. Malgré ceci, ce facteur est ressorti comme un facteur de risque pour la symptomatologie dépressive dans notre étude. Il y a pu donc y avoir une sous-estimation de la prévalence de la symptomatologie dépressive dans notre échantillon.

Les vingt-quatre femmes perdues de vue entre T1 et T2 avaient un score moyen à l'EPDS relativement bas ce qui a pu entraîner une surévaluation des pourcentages de scores élevés à l'EPDS à T2 pour les autres femmes.

L'EPDS, bien qu'étant bien accepté et ayant des qualités psychométriques globalement satisfaisantes, laisse la possibilité de faux positifs et nécessite un examen psychiatrique plus approfondi pour confirmer un diagnostic de dépression [7,49,50].

5. Conclusion

Il ressort de notre étude une prévalence relativement élevée de la symptomatologie dépressive dans notre échantillon durant la période du post-partum. Les scores de la qualité de vie et de ses quatre dimensions ont été significativement plus importants chez les femmes ayant des scores EPDS supérieurs ou égaux à 10 en comparaison aux autres femmes. De plus, on a mis en évidence certains facteurs liés à la survenue de ses symptômes dépressifs comme l'âge maternel avancé, le niveau scolaire bas, les

antécédents personnels psychiatriques de dépression et la difficulté à accepter la grossesse. Certains facteurs peuvent être liés entre eux et une étude future sur un plus large échantillon en prenant en compte dans la stratégie d'ajustement les facteurs de confusion potentiels serait nécessaire pour confirmer la contribution de chacun de ces facteurs.

Le dépistage des symptômes dépressifs en post-partum, en faisant passer l'EPDS facile à utiliser, s'avère utile surtout chez les femmes ayant plusieurs facteurs de vulnérabilité. Un diagnostic psychiatrique et un suivi doivent alors pouvoir être mis en place pour les cas dépistés. Le traitement de ses symptômes dépressifs de façon précoce permettrait d'améliorer la pathologie maternelle et en conséquence la qualité de vie des femmes en post-partum, la qualité de la relation conjugale et aussi du lien mère-enfant.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3–12.
- [2] Glangeaud-Freudenthal M-C, Crost M, Kaminski M. Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Women Mental Health* 1999;37–44.
- [3] Teissedre F, Chabrol H. [A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression]. *Encéphale* 2004;30(4):376–81.
- [4] O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol* 1991;100(1):63–73.
- [5] Glangeaud-Freudenthal M-C. Estimation de la prévalence de la dépression post-partum en France. *Devenir* 1999;11:53–64.
- [6] Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008;108(1–2):147–57.
- [7] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1987;150:782–6.
- [8] Slim R. La dépression du post partum (prévalence et facteurs associés). [thèse de doctorat en médecine] Tunisie: Faculté de Médecine de Monastir; 2004.
- [9] Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46(12):1569–85.
- [10] Hassine K, Annabi-Attia T, Fleury-Bahi G, Hamza R. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in a Tunisian adult sample; 2017 [cité 1 fév 2017] ; Disponible sur : http://193.95.84.5/revue_sante_pub/art_4_5.pdf.
- [11] Kumwar D, Corey EK, Sharma P, Risal A. Screening for postpartum depression and associated factors among women who deliver at a university hospital, Nepal. *Kathmandu Univ Med J* 2015;13(49):44–8.
- [12] Lee Y-J, Yi S-W, Ju D-H, Lee S-S, Sohn W-S, Kim I-J. Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: single center study. *Obstet Gynecol Sci* 2015;58(5):353–8.
- [13] Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29(6):250–64.
- [14] Cox JL. Prevention of postnatal mental illness: sociocultural facets. *Bibl Psychiatr* 1994;165:40–8.
- [15] O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8(1):37–54.
- [16] Khalifa DS, Glavin K, Bjertness E, Lien L. Determinants of postnatal depression in Sudanese women at 3 months postpartum: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016;6(3):e009443.
- [17] Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;15 [Internet]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491203/>. 3 mai 2015 [cité 20 avr].
- [18] Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2002;5(2):65–72.
- [19] Masmoudi J, Tabeti S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazzi M, Jaoua A. Étude de la prévalence de la dépression du post-partum auprès de 213 parturientes tunisiennes. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36(7–8):782–7.
- [20] Ouédraogo A, Kéré M, Lankoandé J, Palé K, Bonkian AE, Koné B. [Screening of post-partum depressive states in the Yalgado Ouédraogo National Hospital Center maternity ward in Ouagadougou Burkina Faso]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998;27(6):611–6.
- [21] Gueye M. La femme au Sénégal facteurs psychosociaux et troubles psychiatriques. *Inf Psychiatr* 1995;6:537–42.
- [22] Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289–95.
- [23] Martínez P, Vöhlinger PA, Rojas G. Barriers to access to treatment for mothers with postpartum depression in primary health care centers: a predictive model. *Rev Lat Am Enfermagem* 2016;24:e2675.
- [24] Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics* 2004;113(6):e523–9.
- [25] M'baïlara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E, Dallay D, Roux D, Sutter AL, et al. [Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors]. *Encéphale* 2005;31(3):331–6.
- [26] Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol* 1991;100(4):594–9.
- [27] Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SGN, do Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* 2016;194:159–67.
- [28] Chardeau P. [Pre and postnatal depressions: importance of detection and care]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29(1 Suppl.):52–6.
- [29] Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(3):212–9.
- [30] Warner R, Appleby L, Whittton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1996;168(5):607–11.
- [31] Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269–74.
- [32] Goutaudier N, Séjourné N, Chabrol H. Rôle des relations interpersonnelles et des variables individuelles dans la survenue de symptômes de dépression postnatale post-accouchement prématuré. *J Pediatr Puericult* 2014;27(2):53–61.
- [33] Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49(3):167–80.
- [34] Lorensen M, Wilson M, White M. Norwegian families: transition to parenthood. *Health Care Women Int* 2004;25(4):334–48.
- [35] Hsu TL, Chen CH. Stress and maternal-fetal attachment of pregnant women during their third trimester. *Kaohsiung J Med Sci* 2001;17(1):36–45.
- [36] Alder J, Fink N, Urech C, Hösl I, Bitzer J. Identification of antenatal depression in obstetric care. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284(6):1403–9.
- [37] Parissa A. Dépistage des troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse : évaluation d'un questionnaire à l'intention des médecins généralistes. [thèse de doctorat en médecine] France: Université Paris Diderot; 2012.
- [38] Chatillon O, Even C. [Antepartum depression: prevalence, diagnosis and treatment]. *L'Encéphale* 2010;36(6):443–51.
- [39] Sadat Z, Abedzadeh-Kalahroudi M, Kafaei Atrian M, Karimian Z, Sooki Z. The impact of postpartum depression on quality of life in women after child's birth. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(2):e14995.
- [40] Dalfrà MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A. Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res* 2012;21(2):291–8.
- [41] Ngai F-W, Ngu S-F. Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2013;34(4):157–62.
- [42] Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, Amoretti AL, Thorell MR, Müller LC. The correlation between postpartum depression and health status. *Matern Child Health J* 2010;14(5):751–7.
- [43] Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women Birth J Aust Coll Midwives* 2011;24(1):10–6.
- [44] Katschnig H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry* 2006;5(3):139–45.
- [45] Darceet F, Gardier AM, Gaillard R, David DJ, Guilloux J-P. Cognitive dysfunction in major depressive disorder. A translational review in animal models of the disease. *Pharm Basel Switz* 2016;9(1).
- [46] Korff MV, Ormel J, Katon W, Lin EHB. Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(2):91–100.
- [47] Dennis C-L. Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Arch Womens Ment Health* 2004;7(3):183–91.
- [48] Pesavento F, Marconcini E, Drago D. [Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women]. *Minerva Ginecol* 2005;57(4):451–60.
- [49] Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(5):350–64.
- [50] Milgrom J, Erickson J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(9):833–9.