



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N° 072

La prévalence de la Dépression du Post-Partum au niveau des centres de santé de Marrakech.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/03/2022

PAR

Mr. Mehdi SAHIR

Né le 28 Juin 1995 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Prévalence – Dépression – Post Partum – Facteurs de risque

JURY

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

PRÉSIDENT

Mme. I. ADALI

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

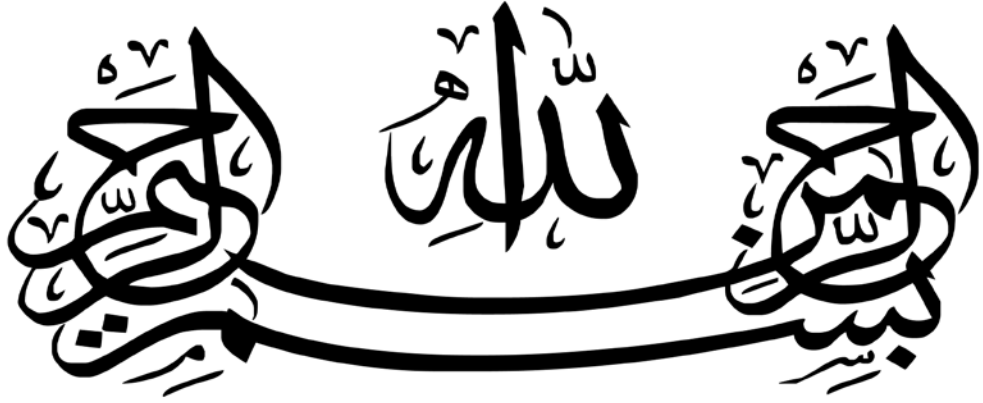
M. M. A. LAFFINTI

Professeur de Psychiatrie

Mme. A. BASIR

Professeur de Gynécologie Obstétrique

} JUGES



"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي إني
تبت إليك وإني من المسلمين"



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

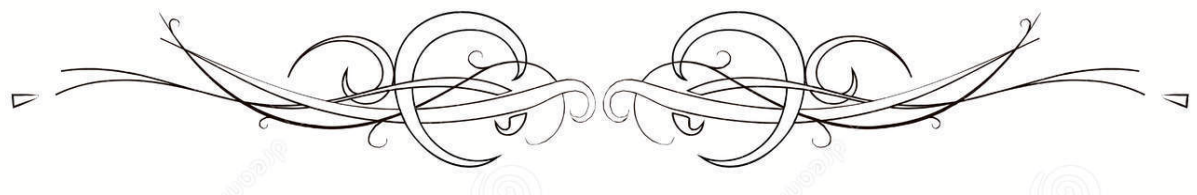
Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTES DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRARATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtiassam	Ophtalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie- réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anésthésie-réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anésthésie- réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie- virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anésthésie- réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anésthésie- réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie-cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anésthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie

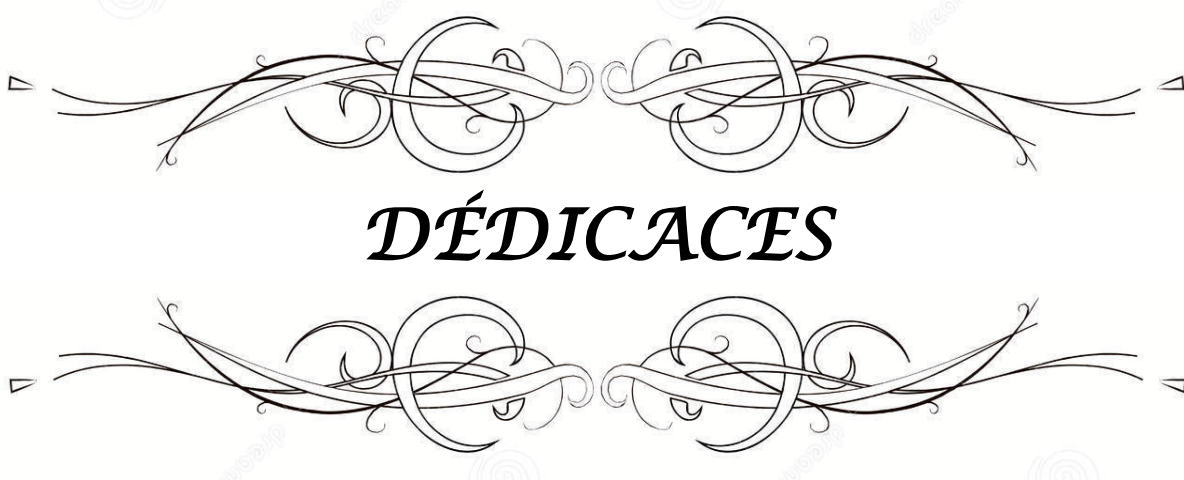
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio- organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie- virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MAOUJOUD Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie-orthopédie	OUERAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL KHAOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste Arrêtée Le 03/03/2022



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

*Louange à Dieu tout puissant,
de m'avoir donné la vie, la santé, l'inspiration et la patience nécessaire
pour voir ce jour tant attendu.*

*Du profond de mon cœur,
je dédie ce modeste travail à celle qui m'a donné la vie, le symbole de
tendresse, ma très chère Mère Jamila ROUHI, partie rejoindre les étoiles
trop tôt.*

*Maman, merci pour toutes ces belles années à votre côté,
votre soutien à toutes épreuves, votre enthousiasme, votre dynamisme,
votre joie de vivre, votre gentillesse et tendresse dont vous n'avez jamais
cessé de faire preuve. Toutes ces qualités humaines qui vous caractérisent
m'ont servi de modèle et m'ont permis de devenir ce que je suis et
d'arriver là où je suis.*

*Aujourd'hui, Tu n'es plus là et pourtant tu es omniprésente,
ton départ n'effacera jamais les souvenirs des jours heureux, tes mots
d'amour résonnent encore dans mon cœur et en ma vie tu restes le plus
beau thème*

*Merci de m'avoir fait vivre la plus belle des enfances, merci d'avoir été le
plus exceptionnel des maman et merci tout simplement d'être toi.*

*A mon très cher Père Abdellatif SAHIR ,
qui a été notre ombre durant toutes ces années d'études, qui a tout donné
et tout sacrifié pour notre bien et notre réussite. Au fait, ce travail est le
fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour mon éducation.*

*Alors je profite de cette occasion,
pour honorer l'homme que vous êtes, l'homme qui m'a appris le sens du
travail et de la responsabilité, l'homme qui a toujours été pour moi
l'exemple du père respectueux, rigoureux et honnête.
Je voudrais aussi vous remercier pour votre soutien,
votre compréhension et votre générosité.*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'estime et le respect que j'ai pour
vous et aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de vos sacrifices.
Que Dieu, tout puissant, vous procure la longévité et la bonne santé*

*A mon frère Yassine et mes sœurs Hind, Hinda, Hanaa et Ghita,
en gage de ma profonde estime pour votre soutien, votre réconfort, vos
encouragements et votre présence dans ma vie.
Je vous dis merci et je vous souhaite plein de bonheur,
de réussite et de prospérité*

*A ma grand-mère, merci pour votre amour,
votre soutien, vos conseils et vos prières. Que Dieu, tout puissant, te
préserve la santé et t'accorde une longue vie.*

*A la mémoire de mes grand-pères El Baraka ROUHI et Omar Sahir et ma
tante Naoual ROUHI, que leurs âmes reposent en paix.*

*A ma tante Lamia ROUHI et mon oncle Zouhair ROUHI,
très appréciés et respectés pour leur sagesse, leur soutien, leur guidance et
leurs efforts.*

*A tata khadouj, pour son amour pur et inconditionnel,
ses prières, sa générosité et ses gentillesse.*

A toute la famille ROUHI et la famille SAHIR.

A mes deux amis proches Othmane et Ayoub, avec qui j'ai partagé ce chemin long et tortueux d'études, mais avec plein de beaux souvenirs. Je vous souhaite plein de bonheur, de réussite et de prospérité.

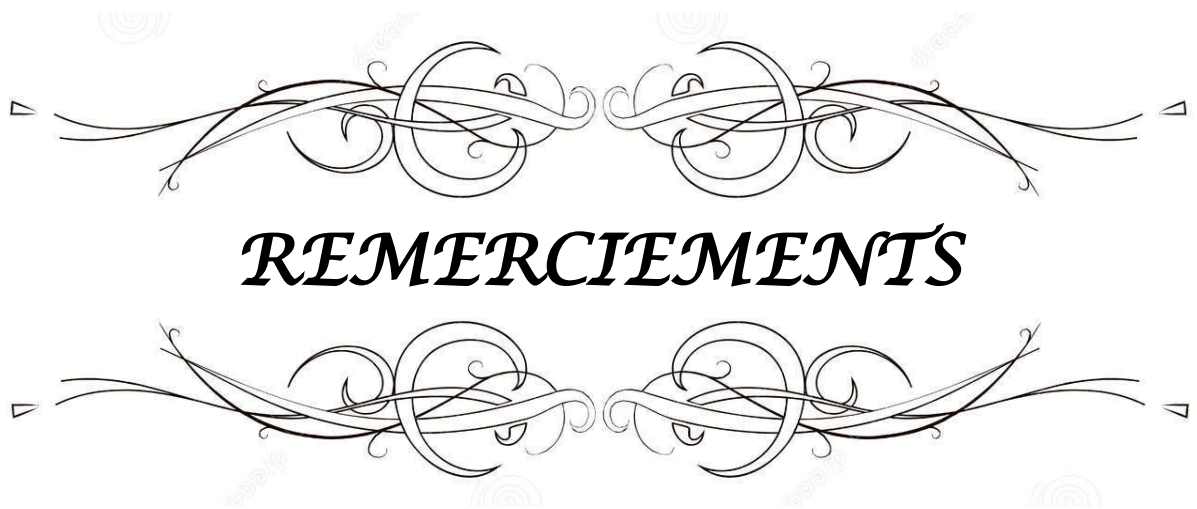
A Jannat, pour sa contribution inestimable dans ce travail, pour son soutien, pour son sens du sacrifice et ses encouragements.

Je te dédie ce travail, parce qu'il est aussi le tien, parce que tu m'as soutenu et épaulé tout au long de ces années, parce que tu m'a guidé vers la bonne voie, et parce qu'on peut toujours compter sur toi.

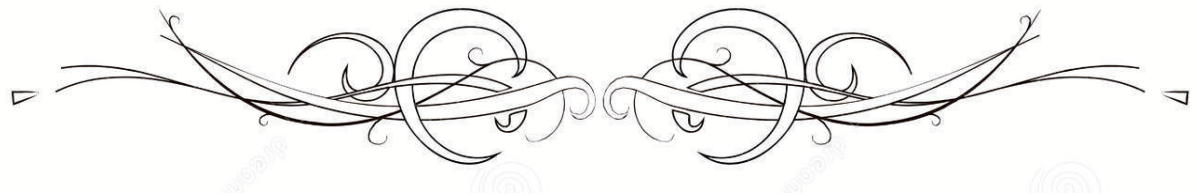
En te souhaitant le brillant avenir que tu mérites.

A tous mes camarades du groupe d'externat

A tous mes collègues et confrères.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MADAME MANOUDI Fatima

PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé. Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

MADAME ADALI Imane

PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE

C'était avec un grand plaisir que nous nous sommes adressés à vous pour bénéficier de votre encadrement. Vous nous avez accueillis avec une attitude cordiale et bienveillante. Vous nous avez intrigués sur ce sujet pertinent et son intérêt, et vous nous avez fait un grand honneur de nous confier ce travail. Je vous remercie de votre manière conviviale, votre modestie, votre temps, vos efforts et votre aide précieuse dans la rédaction de ce travail.

Je vous remercie également pour vos qualités d'enseignement remarquables à l'amphi et au service au cours de notre parcours universitaire. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LAFFINTI Mahmoud Amine
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant
avec spontanéité et gentillesse de juger notre modeste travail.
Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de nos sentiments
respectueux.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME BASSIR Ahlam

PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

*Nous vous sommes très reconnaissant professeur, pour avoir accepté, avec
gentillesse et bienveillance, d'examiner ce travail, et pour l'honneur que
vous nous avez fait de bien vouloir siéger parmi notre jury de thèse.
Que ce travail soit, chère maître, le témoignage de mon
estime et ma haute considération.*

A DOCTEUR ASSIA AIT IDAR

MEDECIN SPECIALISTE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE

UNIVERSITAIRE HÔPITAL IBN NAFIS

*Merci beaucoup Docteur, pour votre écoute et votre compréhension,
votre guidance et votre aide précieuse dans ce travail.*

*Veuillez trouver chère Confère, dans ce travail l'expression de ma
profonde gratitude.*

A TOUTE L'EQUIPE DE L'HOPITAL DE PSYCHIATRIE IBN NASIF

A TOUS LES ENSEIGNANTS ET LES MEDECINS DU CHU M6

A TOUS LE PERSONNEL DES CENTRES DE SANTE DE MARRAKECH

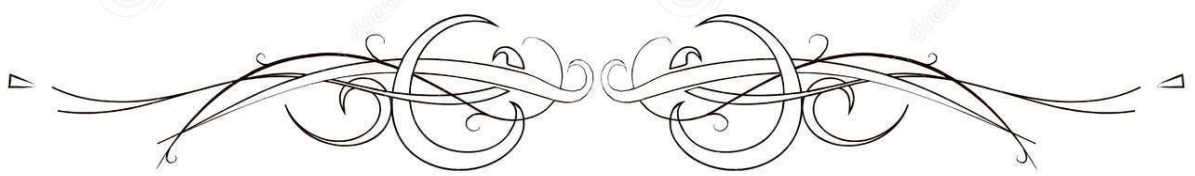
*Je voudrais également adresser mes remerciements à toutes les personnes
qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de cette thèse et à
l'achèvement de mes études doctorales*

En témoignage de mon respect et de mes remerciements

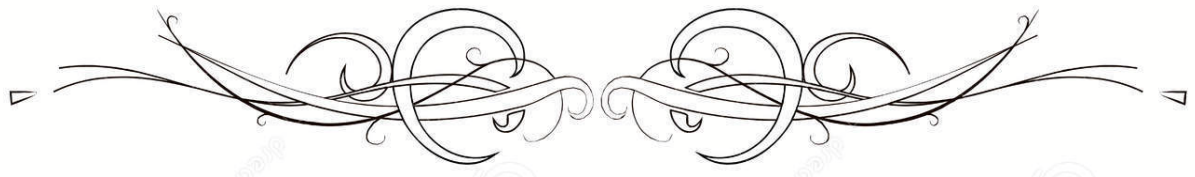
ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

DPP	: Dépression du Post-Partum
DPN	: Dépression Postnatale
EPDS	: Echelle d'Edinburgh
PP	: Post-partum
ATCD	: Antécédent
FDR	: Facteur de Risque
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
HAS	: Haute Autorité de Santé
PNP	: Préparation à la Naissance et à la Parentalité



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Objectifs de l'étude	5
III. Échantillonnage	5
1. Critères d'inclusion	5
2. Critères d'exclusion	6
IV. Déroulement de l'enquête et consentement éthique	6
V. Points forts de l'étude	6
VI. Challenges et les limites de notre travail	6
VII. Questionnaire	7
VIII. Méthode statistique	8
RÉSULTATS	9
I. L'Analyse descriptive :	10
1. Données Sociodémographiques :	10
2. Les antécédents (ATCD) personnels :	13
3. Les ATCD psychiatriques familiaux	17
4. Les facteurs psycho-sociaux :	18
5. Les facteurs néonataux	21
6. Les facteurs gynéco-obstétricaux	23
7. La prévalence de la dépression du post-partum	28
II. L'analyse bivariable	29
1. Facteurs Sociodémographiques	29
2. Facteurs Psychiatriques	31
3. Facteurs Psycho-sociaux	35
4. Facteurs liés à l'enfant	38
5. Facteurs Obstétricaux	40
DISCUSSION	45
I. Présentation théorique de la dépression du post-partum	46
1. Définition et Sémiologie	46
2. Épidémiologie	49
3. Conséquences	49
4. Facteurs de risque	51
5. Prise en charge	53
6. Prévention et Dépistage	55
II. Discussion des résultats	59
1. L'étude de la prévalence de la dépression du post-partum	59
2. L'étude des facteurs associés à la DPP	63

CONCLUSION.....	80
RECOMMENDATIONS.....	84
RÉSUMÉS.....	89
ANNEXES.....	96
RÉFÉRENCES.....	102

INTRODUCTION

De la conception d'un enfant à la première année de vie du bébé, la période périnatale constitue une transition biologique, psychologique et sociale majeure. Toute période de transition peut révéler des vulnérabilités personnelles. La grossesse et la naissance d'un enfant au sein d'une famille peuvent représenter des facteurs de stress majeurs, d'où une situation de particulière vulnérabilité.

La période périnatale est notamment une période à haut risque pour le développement de difficultés psychologiques chez les mères. Les troubles de type dépressif sont les plus fréquents (la Dépression du post-partum et le Blues du post-partum).

Malgré ces constats largement diffusés dans la littérature internationale, les troubles dépressifs périnataux restent insuffisamment repérés et traités. Cela provient du manque de connaissances concernant ces troubles de la part des professionnels de la santé, tout comme sur leurs facteurs de risque potentiels. Les fortes pressions culturelles font de la naissance un événement « forcément heureux » et de la mère dépressive « une mauvaise maman », obligeant les femmes à minimiser ou à réprimer l'expression de leur souffrance, vécue comme un décalage par rapport à la norme sociale. La dépression du post-partum est souvent occultée ou ignorée par les jeunes mères, qui éprouvent un sentiment de culpabilité et/ou de honte face à la tristesse ressentie.

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique, par sa fréquence, et par ses conséquences négatives sur la mère, le bébé, la stabilité du couple et l'équilibre familial à long terme.

Cela a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs, au fil de ces trois dernières décennies, qui se sont penchés alors sur l'étude des différents facteurs prédisposants à la dépression du post-partum. Ces facteurs de risque se révèlent très nombreux, dont des facteurs psychiatriques, obstétricaux, néonataux, biologiques, socio-économiques et socio-affectifs.

La DPP se place au premier rang des complications du post-partum, sa prévalence varie entre 10 et 30% dans la littérature internationale et pourrait aller jusqu'à 50% selon certaines publications récentes, notamment dans des études menées au niveau des pays en développement. (49;50;85;86)

Tout cela montre l'intérêt de mener cette étude, à propos de la prévalence de la dépression du post-partum, dont l'objectif est de mesurer la morbidité psychiatrique dépressive en post-partum, et signaler certains facteurs associés à sa survenue dans notre population.

Notre étude est la première à Marrakech et la deuxième au Maroc, à évaluer la prévalence de la dépression du post-partum. La première étude a été menée à Casablanca, depuis plus de 15 ans. (1)

PATIENTS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale quantitative multicentrique à visée descriptive et analytique.

II. Objectifs de l'étude

- L'objectif principal de notre étude est de déterminer la prévalence de la DPP.
- L'objectif secondaire est d'étudier les divers facteurs associés à la DPP.

III. Échantillonnage

- Notre enquête a intéressé un échantillon de 200 femmes pendant la période de 12 mois du post-partum. Dans les centres de santé au niveau de la ville de Marrakech.
- Le questionnaire a été rempli au cours d'un entretien face-à-face avec des mamans volontaires et coopérantes. Les réponses ont été recueillies sur place, pour éviter les non réponses et les erreurs de compréhension. En conséquence, il n'y avait pas de données manquantes.

1. Critères d'inclusion

- Des mamans informées et volontaires.
- Des mamans dans la période des 12 premiers mois du post-partum, avec un minimum de 2 semaines après l'accouchement, pour ne pas biaiser la prévalence de la DPP par un Blues du post-partum.

2. Critères d'exclusion

- Le non consentement des parturientes.
- Les femmes ne représentant pas le délai du post-partum établi dans notre étude.

IV. Déroulement de l'enquête et consentement éthique

- L'enquête a débuté en Novembre 2020 et s'est étalée sur une période d'un an, dans 7 centres de santé de la ville de Marrakech.
- Nous avons expliqué aux participantes tous les points du questionnaire et obtenu leur consentement éclairé.
- Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

V. Points forts de l'étude

- Notre étude avait l'avantage d'informer les mamans ayant acceptées de participer, sur la dépression du post-partum (sa fréquence élevée, ses facteurs de risque, ses signes décelables, ses conséquences et ses moyens de traitement).
- Cette étude est la première à Marrakech et la deuxième au Maroc, qui évalue la prévalence de la DPP.

VI. Challenges et les limites de notre travail

- La limite principale de notre étude était son manque de puissance, du fait de peu de participantes au moment de l'exploitation (petite taille de l'échantillon), à cause de la pandémie de COVID-19. Ce qui a prolongé la durée de travail.

- Dans la présente étude, nous n'avons pas pu étudier les effets de la fausse couche, de l'avortement et de la mort d'enfants sur la santé mentale des femmes. Ces facteurs n'ont pas été explorés dans notre travail en raison du déroulement de l'étude au niveau des centres de santé, où l'objectif principal de la consultation était la vaccination du bébé.

VII. Questionnaire

Le questionnaire est subdivisé en deux parties :

- La 1ère partie comprend :
 - A. Les caractéristiques sociodémographiques
 - B. Les ATCD psychiatriques personnels et familiaux
 - C. Les facteurs psychosociaux
 - D. Les facteurs néonataux et obstétricaux
- La 2ème partie vise le dépistage de la dépression du post-partum à l'aide de l'échelle d'Edinburgh (EPDS). (59;60;77)
 - Cette échelle est un outil psychométrique internationalement reconnu dans le dépistage de la DPP. Son acceptabilité par les patientes et sa facilité d'utilisation en font un outil de référence dans le dépistage des dépressions maternelles par les professionnels de santé.
 - Il est préférable que ce soit la mère qui réponde directement aux questions en entretien, cela entraîne une relation de confiance entre le professionnel de santé et la patiente.
 - L'EPDS est composé de 10 items avec une cotation aisée, des mots simples et des phrases courtes. Chaque item est coté de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes, le score maximal étant de 30.

- Si le score EPDS est supérieur à 9, on considère que c'est prédictif d'une DPP et s'il est supérieur à 12, on considère que la maman présente une dépression sévère.
- Le score seuil retenu pour le dépistage de la DPP dans notre étude est de 10, au-dessus duquel une dépression postnatale est très possible et en dessous duquel le risque est très faible.
- La spécificité de cette échelle est égale à 0,92 et la sensibilité à 0,80.

VIII. Méthode statistique

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- o Une analyse statistique descriptive des variables qualitatives en utilisant des pourcentages.
- o Une analyse statistique bi-variée pour étudier l'association entre la dépression postnatale et ses facteurs de risque potentiels, la réalisation de cette analyse a fait appel au test de khi-deux. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

Les logiciels utilisés dans notre étude étaient Microsoft Excel et SPSS.

RÉSULTATS

I. L'Analyse descriptive :

1. Données Sociodémographiques :

1.1. Age :

La tranche d'âge entre 25 et 35 ans était la plus représentative dans notre échantillon (52%). (Figure n° 1)

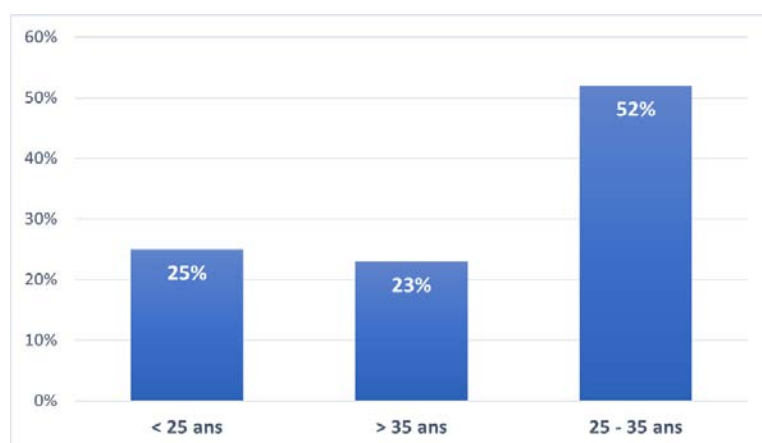


Figure n° 1 : Répartition des parturientes selon l'âge

1.2. Situation maritale :

La grande majorité des parturientes de notre échantillon était mariée (91%). (Figure n° 2)

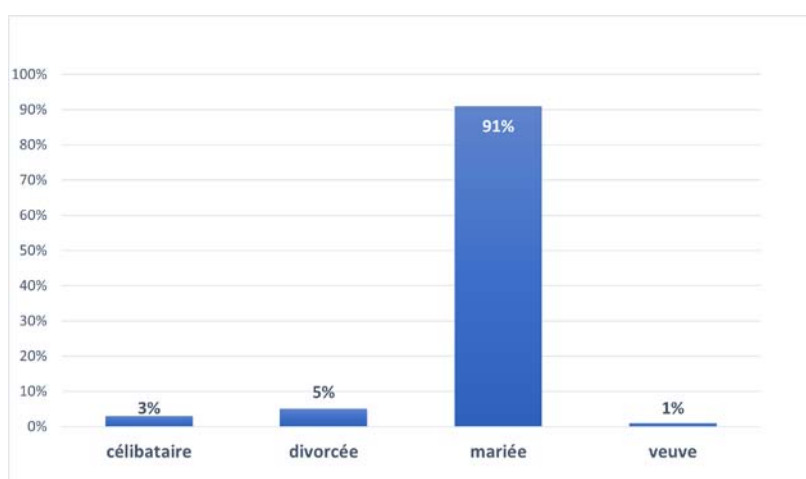


Figure n° 2 : Répartition des parturientes selon la situation maritale

1.3. Niveau scolaire :

La moitié des parturientes de notre échantillon avait un niveau d'étude supérieur (59%).
(Figure n° 3)

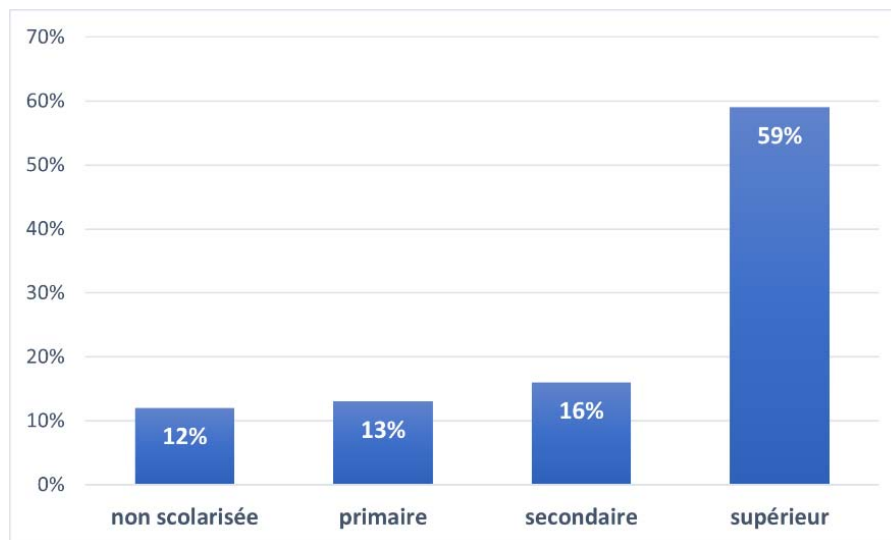


Figure n° 3 : Répartition des parturientes selon le niveau d'étude

1.4. Milieu de vie :

La majorité des parturientes était d'origine urbaine (82%). (Figure n° 4)

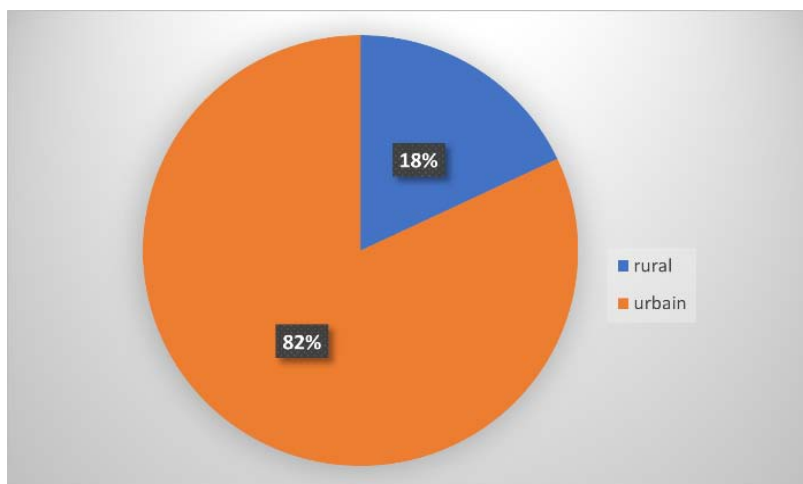


Figure n° 4 : Répartition des parturientes selon le milieu de vie

1.5. Travail :

La moitié des parturientes de notre population était des femmes au foyer (55%). (Figure n° 5)

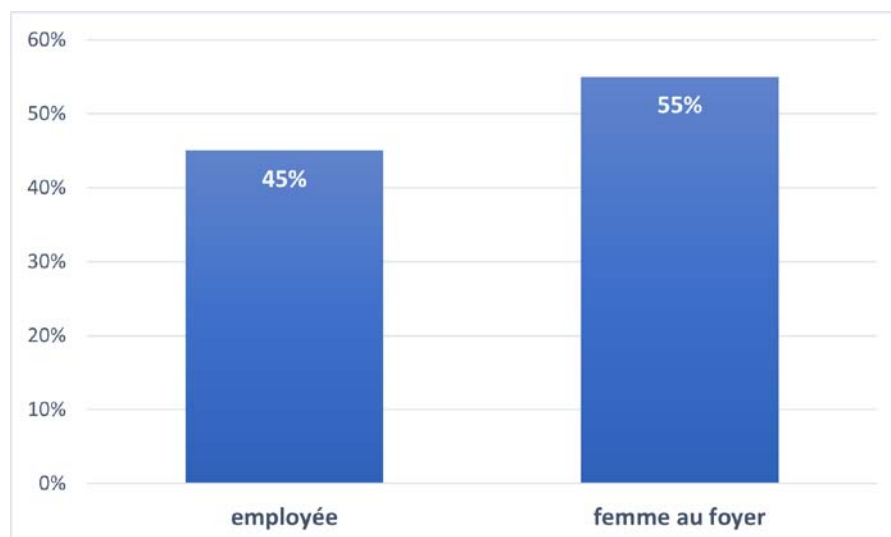


Figure n° 5 : Répartition des parturientes selon la profession

1.6. Niveau économique :

Deux tiers des femmes de notre échantillon avaient un niveau économique moyen (70%).
(Figure n° 6)

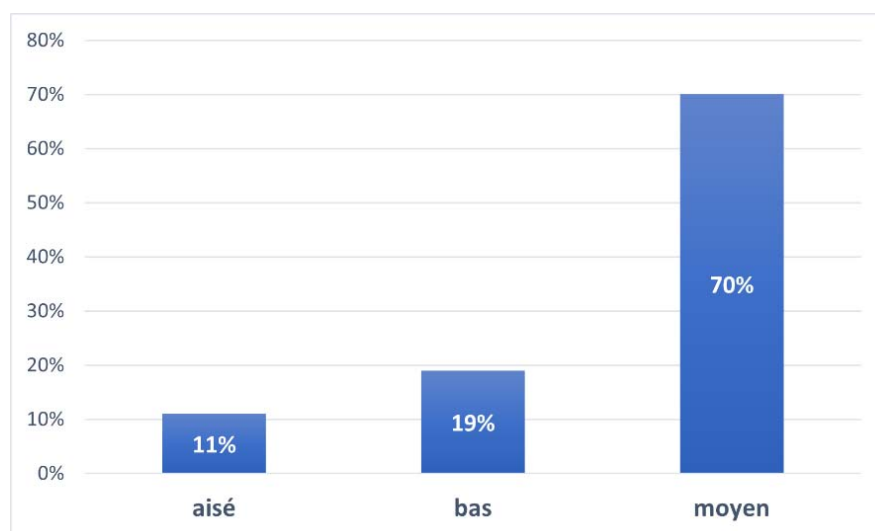


Figure n° 6 : Répartition des parturientes selon le niveau économique

1.7. Couverture médicale :

La majorité de nos parturientes (80%) avait une couverture médicale type RAMED++.
(Figure n° 7)

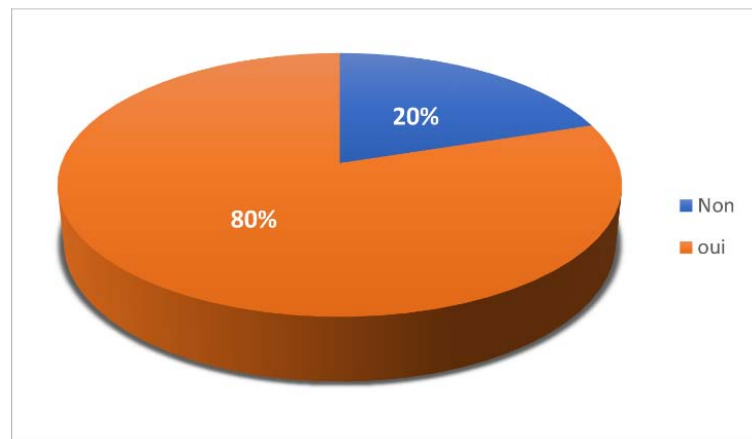


Figure n° 7 : Répartition des parturientes selon la couverture médicale

2. Les antécédents (ATCD) personnels :

2.1. Les ATCD médicaux :

Un tiers (29%) des parturientes de notre échantillon avait des antécédents de pathologies chroniques (diabète, hypothyroïdie, HTA, anémie...). (Figure n° 8)

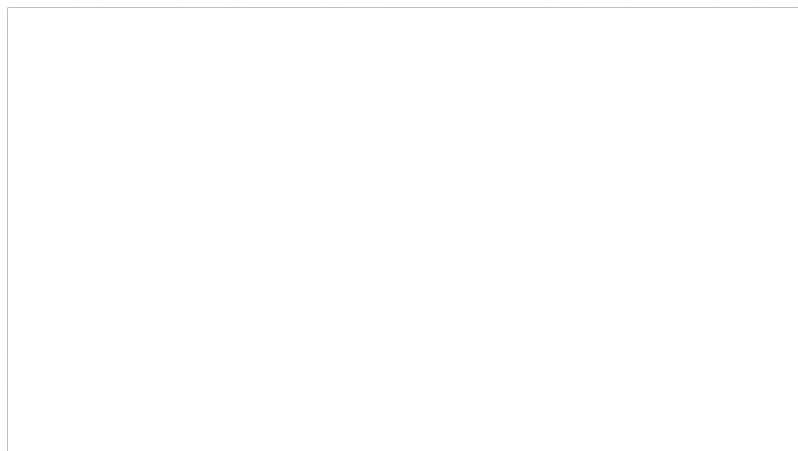


Figure n° 8 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'ATCD médicaux

2.2. Les ATCD chirurgicaux :

Les deux tiers (63%) des parturientes de notre échantillon n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux, et un tiers (37%) avait des antécédents chirurgicaux divers (appendicectomie, fibromectomie...). (Figure n° 9)

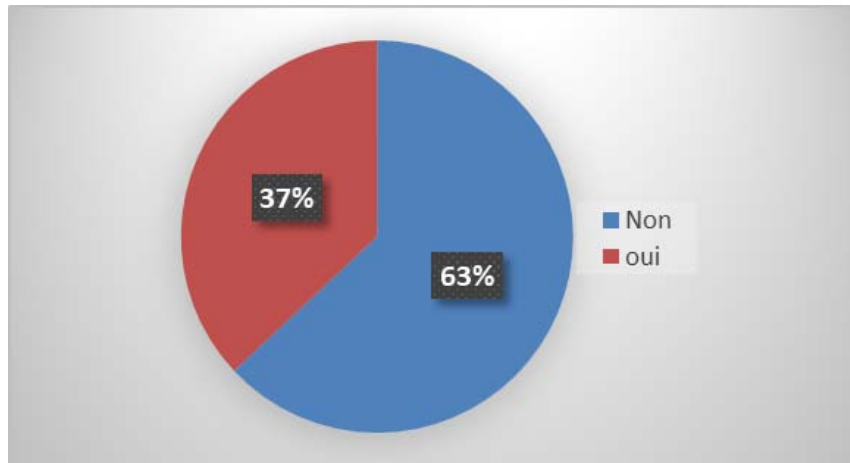


Figure n° 9 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'ATCD chirurgicaux

2.3. Les ATCD de prise de toxiques :

Les antécédents toxiques ont été notés chez 10% des parturientes de notre échantillon (nicotine, cannabis). (Figure n° 10)

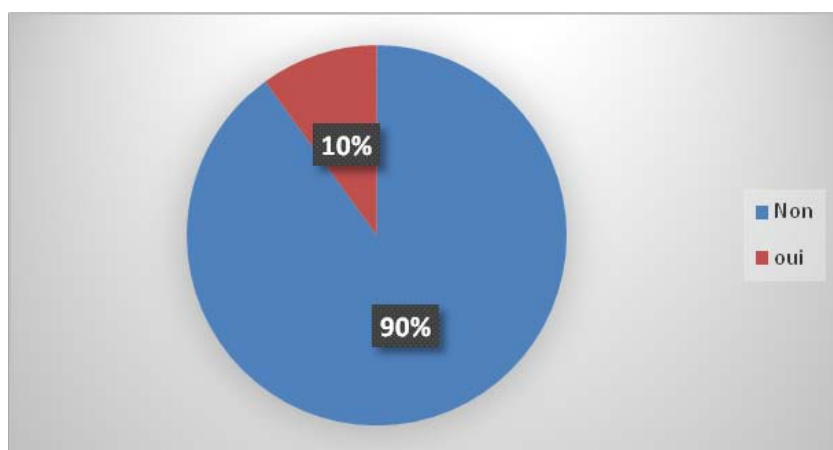


Figure n° 10 : Répartition des parturientes selon les ATCD de prise de toxiques

2.4. Les ATCD psychiatriques :

a. Histoire psychiatrique personnelle

Un quart des femmes de notre échantillon (24%) avait des antécédents personnels de maladies psychiatriques, notamment des troubles dépressifs chez 19%, des troubles anxieux chez 4% et des troubles bipolaires chez 1% des parturientes. (Figure n° 11)

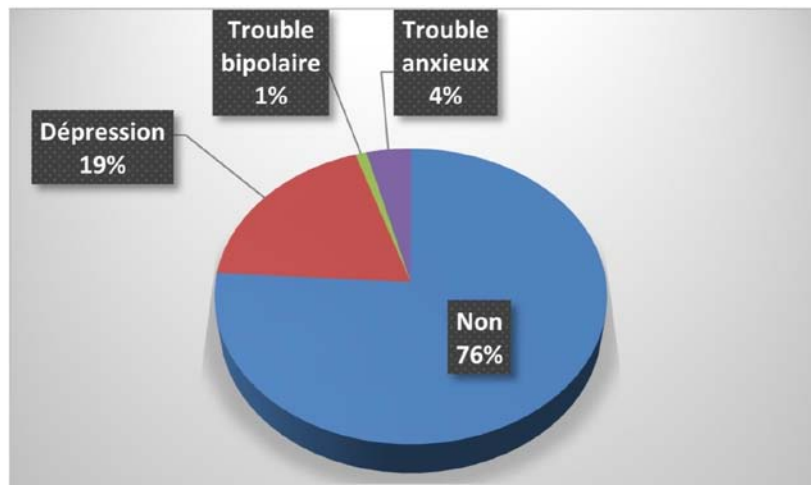


Figure n° 11 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de pathologies psychiatriques connues

b. ATCD de dépression du post-partum lors des grossesses précédentes

Un quart (25%) des parturientes avait un ATCD de DPP suite à une grossesse précédente.

(Figure n° 12)

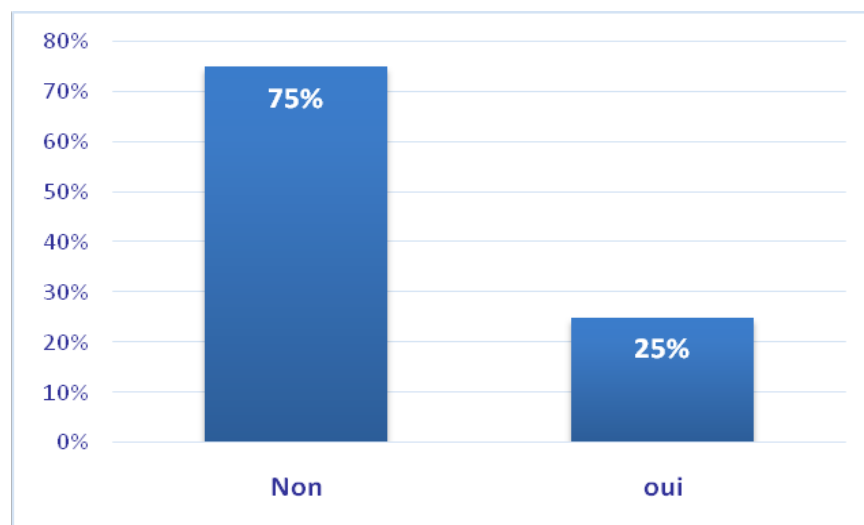


Figure n° 12 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de DPP secondaire à une grossesse précédente

c. ATCD d'une dépression prénatale

Une dépression prénatale a été notée chez 14% des parturientes de notre échantillon.

(Figure n° 13)

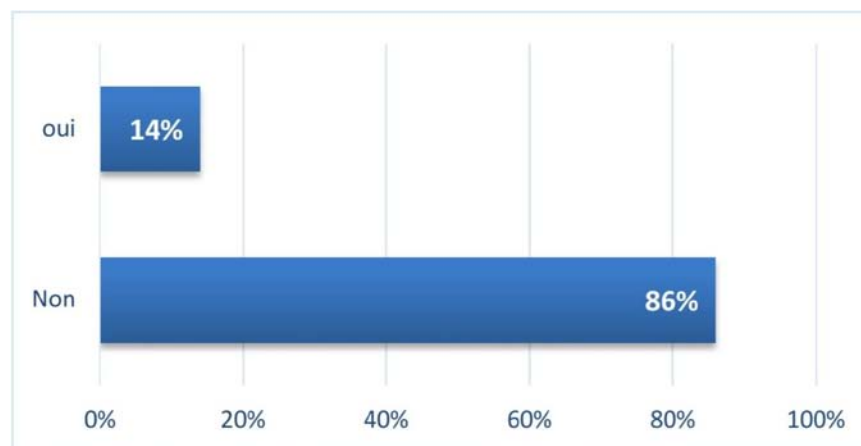


Figure n° 13 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de dépression prénatale

d. Le Blues du post-partum

Dans notre échantillon, la moitié des parturientes (57%) avait eu un Blues du post-partum les jours suivants l'accouchement. (Figure n° 14)

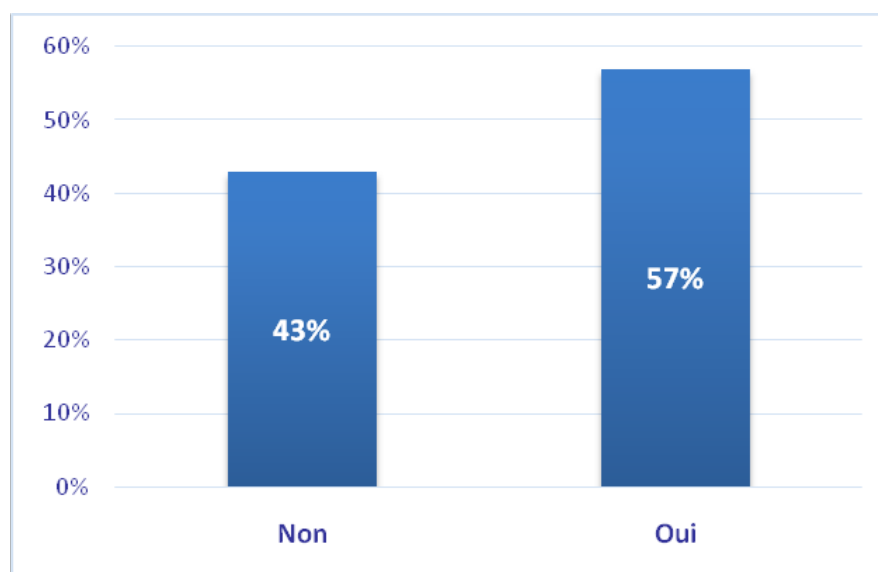


Figure n° 14 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de Baby blues

e. La présence de troubles anxieux en post-partum

Dans notre étude, les parturientes qui avaient un antécédent de trouble d'anxiété généralisé, avaient décompensé leurs troubles anxieux en post-partum. (Figure n° 15)

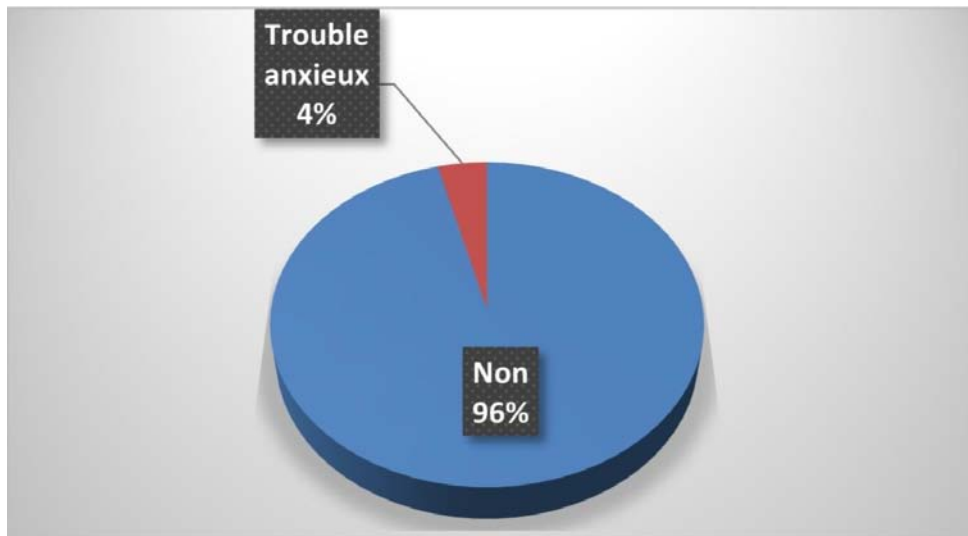


Figure n° 15 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de troubles anxieux du post-partum

3. Les ATCD psychiatriques familiaux

Un quart des parturientes de notre échantillon (25%) avait un ATCD familial de pathologie psychiatrique (majoritairement un trouble dépressif). (Figure n° 16)

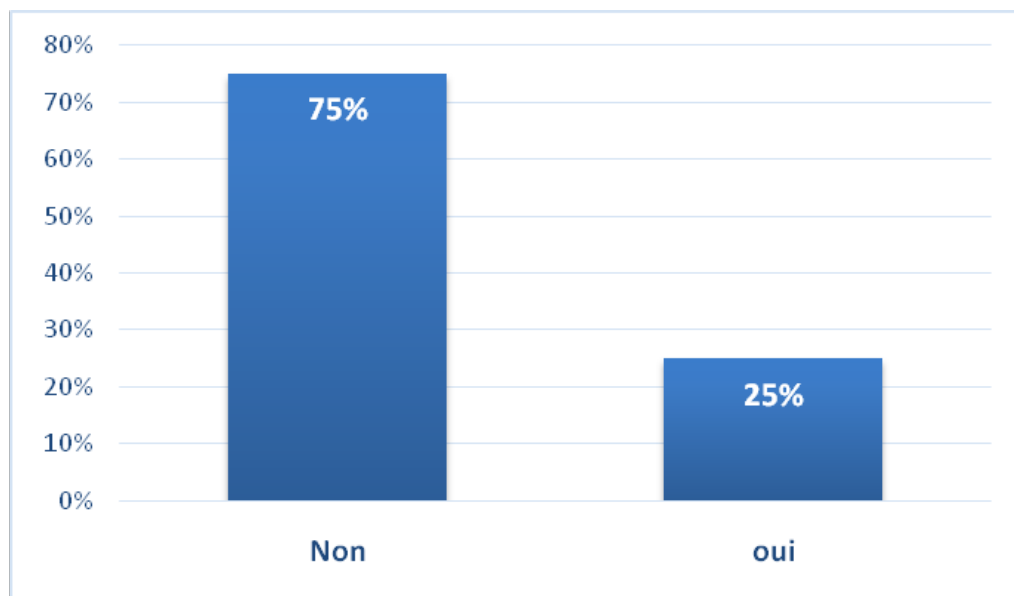


Figure n° 16 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'ATCD psychiatriques familiaux

4. Les facteurs psycho-sociaux :

4.1. Isolement et éloignement familial

La moitié des femmes de notre échantillon (**43%**) avait souffert d'une séparation et d'un éloignement de leurs familles avant, durant ou après la grossesse. (Figure n° 17)

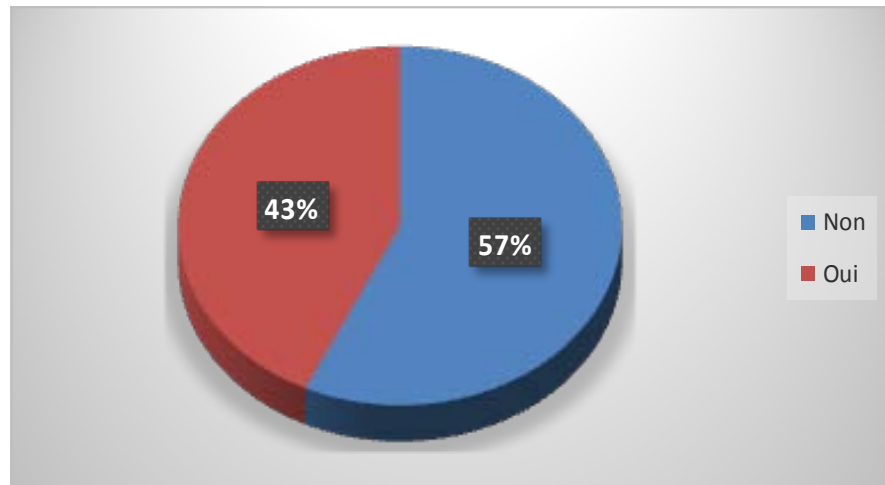


Figure n° 17 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'isolement et d'éloignement familial

4.2. Relation avec la famille

La grande majorité des femmes de notre échantillon (**98%**) avait une bonne relation avec leurs familles. (Figure n° 18)

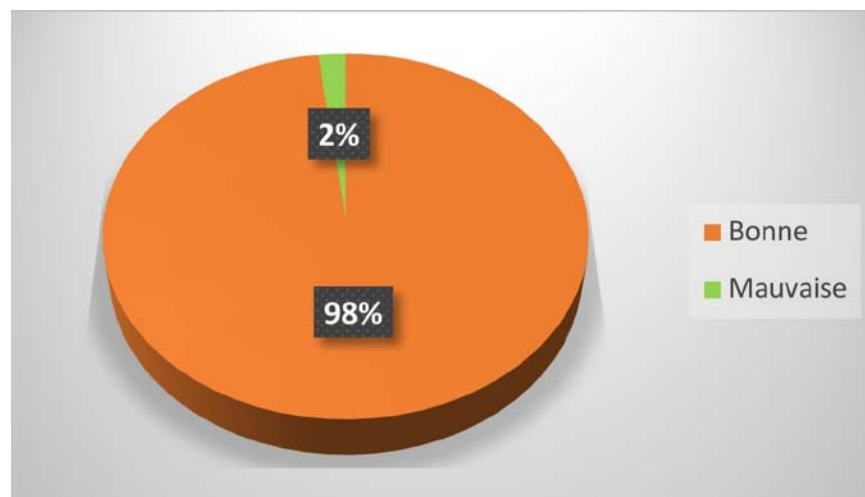


Figure n° 18 : Répartition des parturientes selon la relation familiale

4.3. Aide et soutien par la famille

Les trois quarts des parturientes de notre échantillon (76%) avaient bénéficié de l'aide et du soutien de leurs familles avant, durant et après la grossesse. (Figure n° 19)

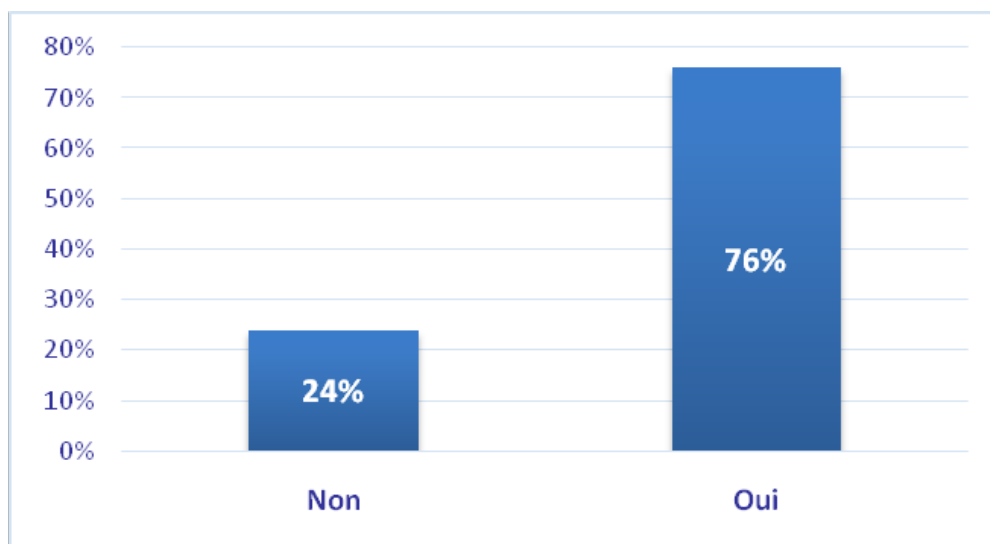


Figure n° 19 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'aide et de soutien familial

4.4. Relation avec le mari

La majorité des femmes de notre échantillon (90%) avait une bonne relation conjugale. (Figure n° 20)

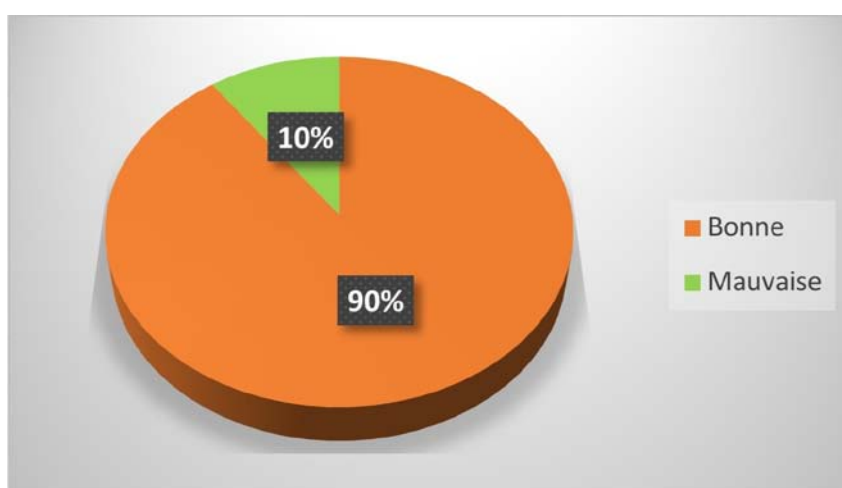


Figure n° 20 : Répartition des parturientes selon la relation avec le mari

4.5. Aide et soutien par le mari

Les deux tiers des femmes de notre échantillon (**68%**) avaient bénéficié de l'aide et du soutien de leurs conjoints. (Figure n° 21)

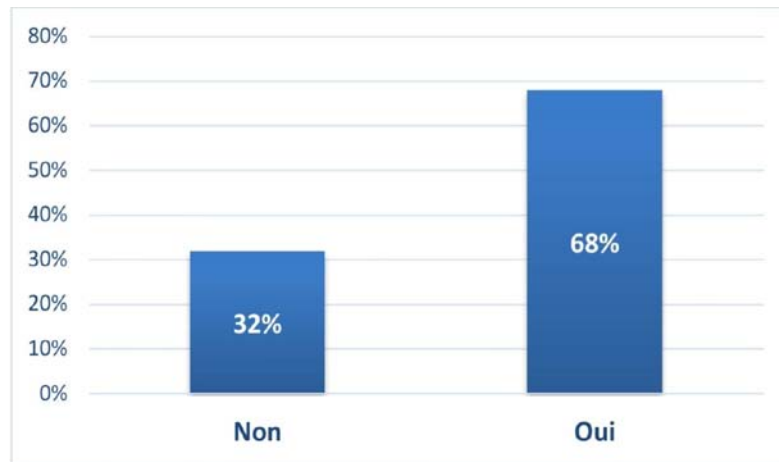


Figure n° 21 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'aide et de soutien conjugal

4.6. Événements de vie stressants au cours des 12 mois précédents

Un tiers des parturientes de notre échantillon (**32%**) avait vécu au moins un événement traumatisant au cours des 12 mois précédents (deuil, séparation, conflits sociaux, licenciement...). (Figure n° 22)

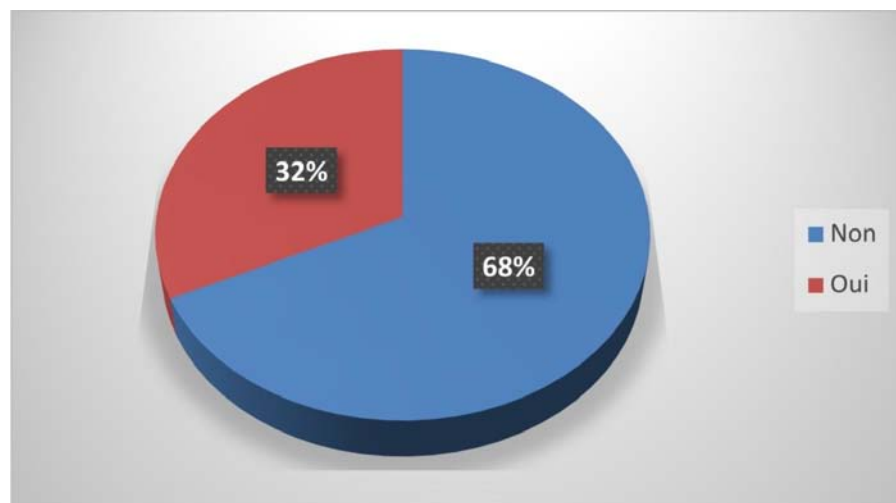


Figure n° 22 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'événements stressants au cours des 12 mois précédents

5. Les facteurs néonataux

5.1. La prématurité

Un accouchement prématuré a été noté chez **21%** parturientes de notre échantillon.
(Figure n° 23)

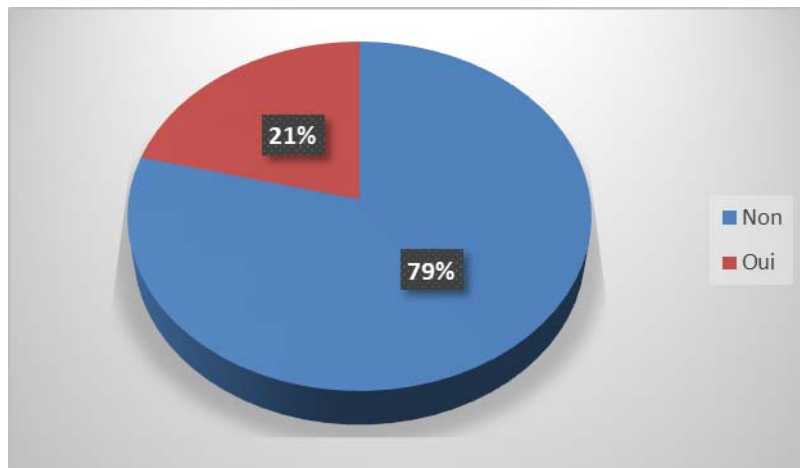


Figure n° 23 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de prématurité

5.2. Maladies infantiles

Chez nos parturientes, **15%** avaient un nourrisson qui souffrait d'une maladie infantile après la naissance (maladies congénitales, infections,...). (Figure n° 24)

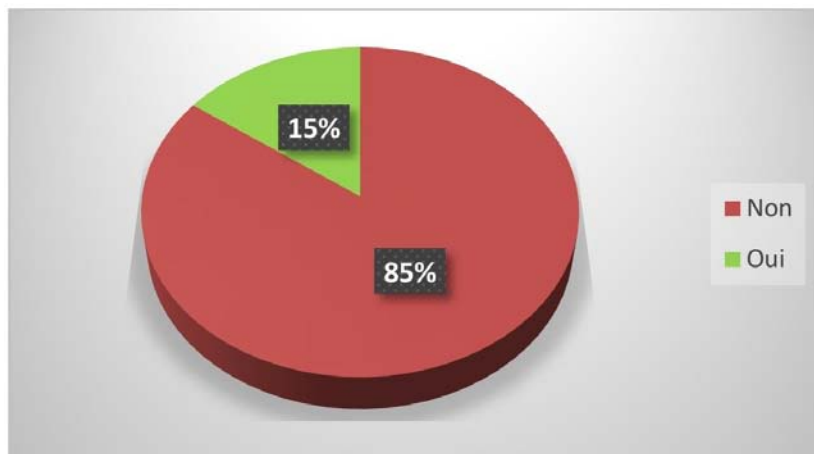


Figure n° 24 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de problème de santé du Nourrisson

5.3. Sexe du bébé souhaité par la maman

La majorité des parturientes de notre échantillon (**85%**) avait un bébé de sexe désiré. (Figure n° 25)

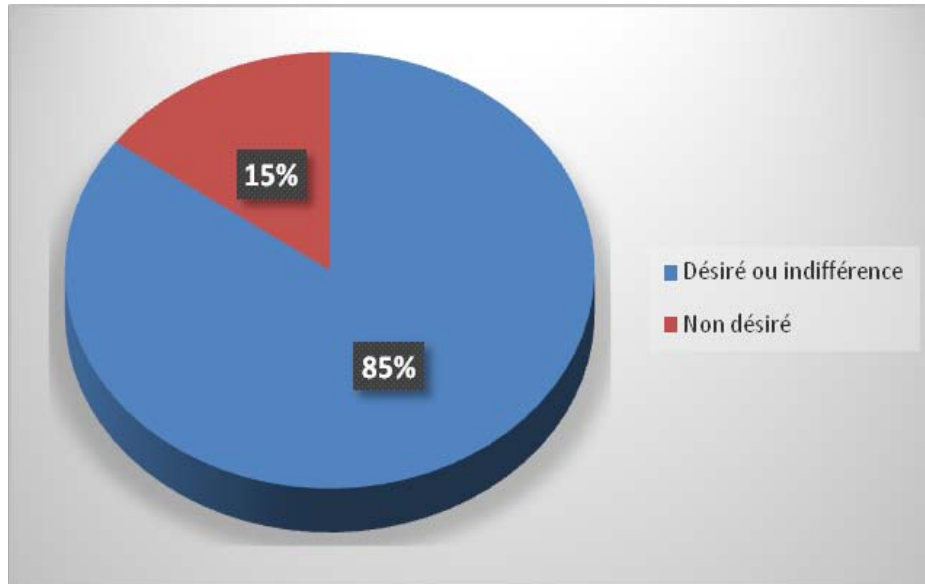


Figure n° 25 : Répartition des parturientes selon le sexe du nouveau-né

5.4. L'allaitement

La moitié des parturientes (**43%**) allaitait naturellement leurs bébés, un tiers (**37%**) optait pour un allaitement mixte et **20%** utilisaient exclusivement un allaitement artificiel. (Figure n° 26)

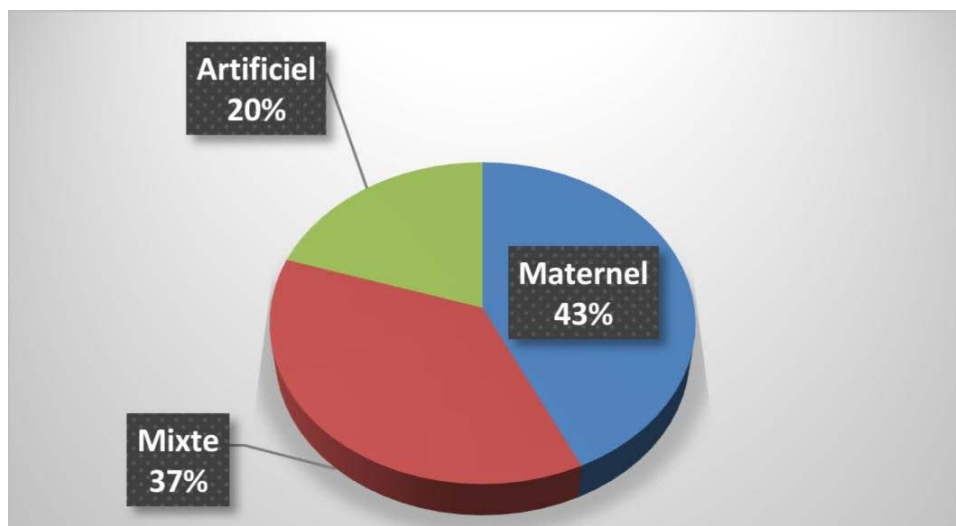


Figure n° 26 : Répartition des parturientes selon le type d'allaitement

6. Les facteurs gynéco-obstétricaux

6.1. Parité

La moitié des parturientes de notre échantillon (58%) était multipares. (Figure n° 27)

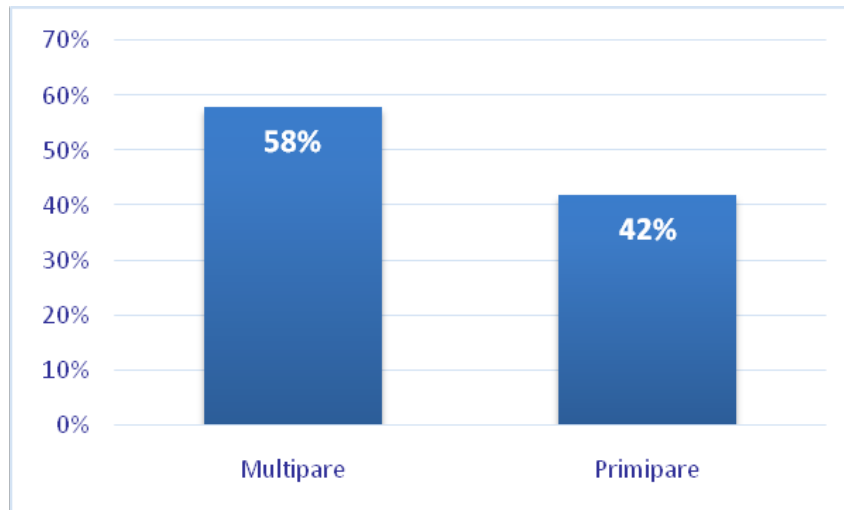


Figure n° 27 : Répartition des parturientes selon la parité

6.2. Type de grossesse

La grande majorité des parturientes de notre échantillon (97%) avait une grossesse unique. (Figure n° 28)

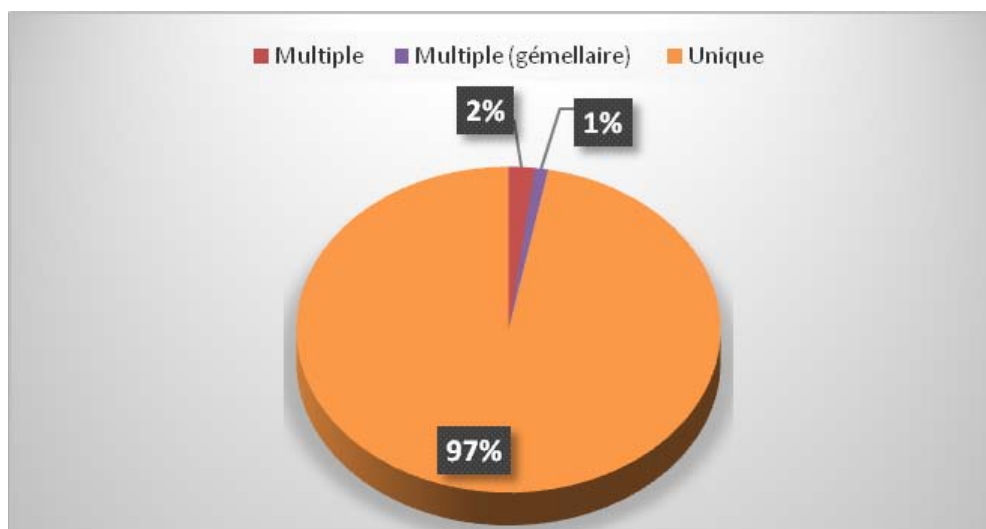


Figure n° 28 : Répartition des parturientes selon le type de grossesse

6.3. Planification de la grossesse

La moitié (57%) des grossesses était non planifiée mais désirée, le tiers (37%) était planifié et désiré, tandis que 6% des grossesses étaient non planifiées et non désirées. (Figure n° 29)

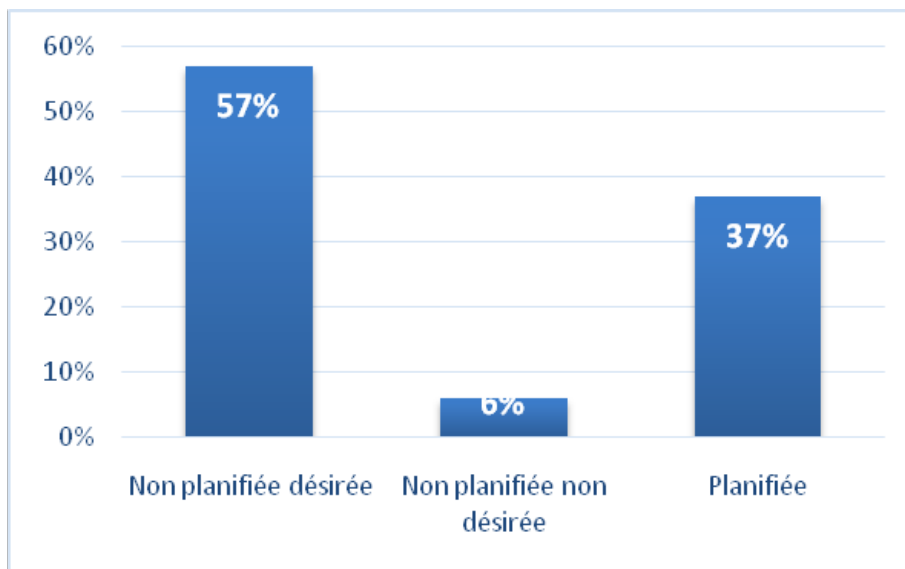


Figure n° 29 : Répartition des parturientes selon la planification et le désir de la grossesse

6.4. La durée postnatale

Dans notre échantillon, presque la moitié des parturientes (41%) était à 3 mois du post-partum et le tiers (31%) était entre 4 et 9 mois du post-partum. (Figure n° 30)

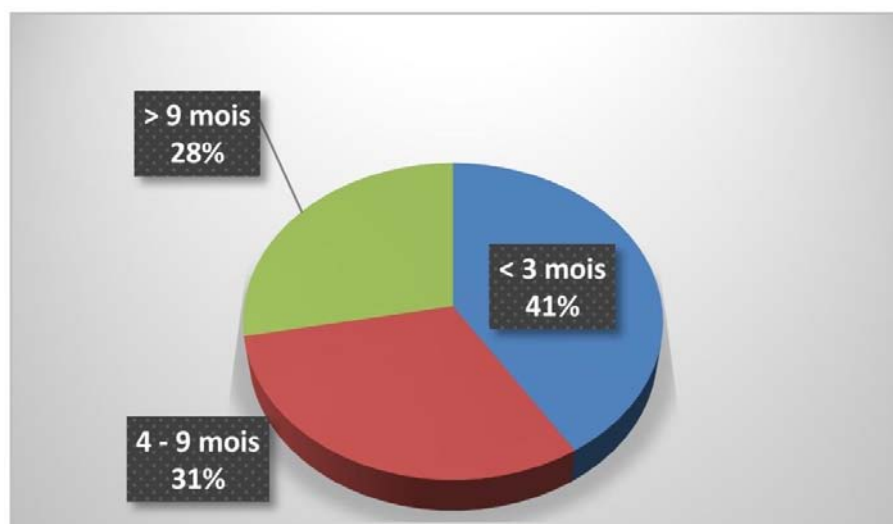


Figure n° 30 : Répartition des parturientes selon la durée postnatale

6.5. Complications gravidiques

Le tiers des parturientes de notre échantillon (30%) avait souffert de complications gravidiques (HTA gravidique, diabète, des signes sympathiques exagérés...). (Figure n° 31)

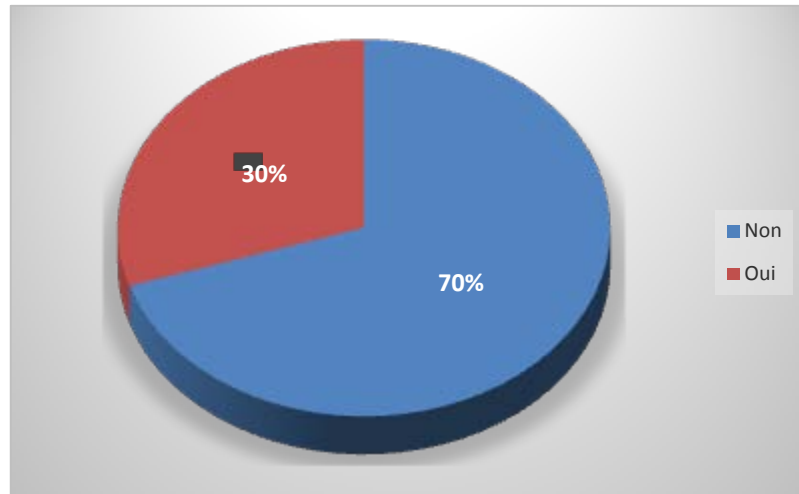


Figure n° 31 : Répartition des parturientes selon la présence ou non de complications gravidiques

6.6. Mode d'accouchement

Les deux tiers des parturientes dans notre étude (63%) avaient accouché par voie naturelle et 37% avaient accouché par césarienne. (Figure n° 32)

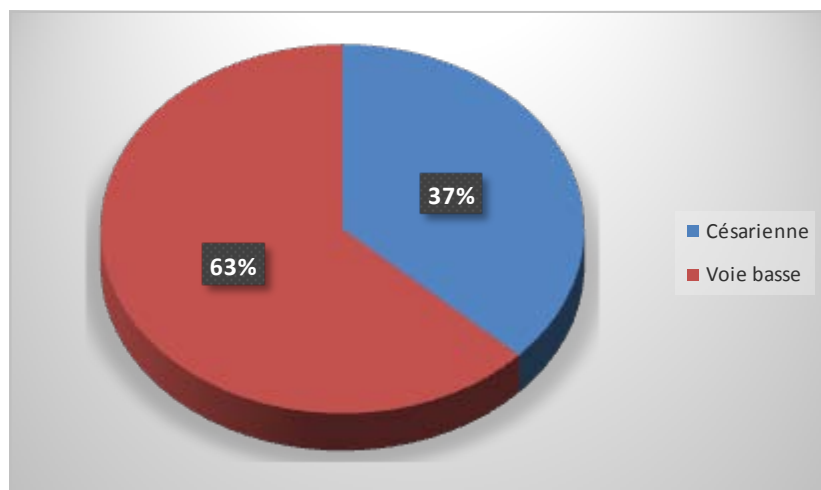


Figure n° 32 : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

6.7. Interventions obstétricales instrumentales

Le tiers (32%) des parturientes de notre échantillon avait eu un accouchement avec interventions obstétricales instrumentales. (Figure n° 33)

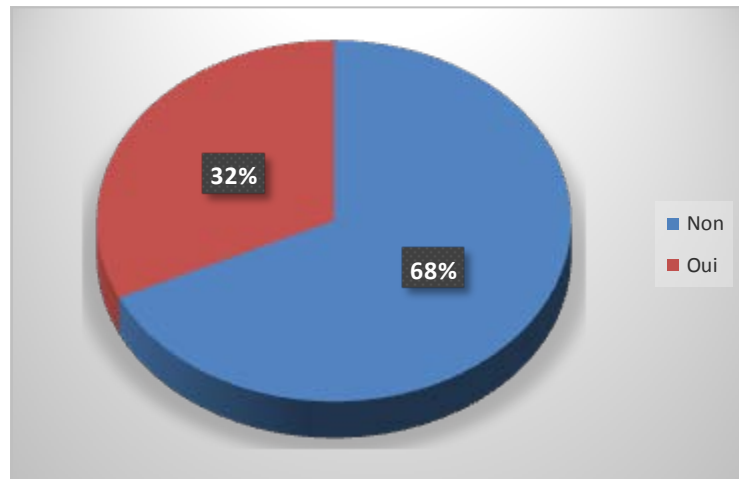


Figure n° 33 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'interventions obstétricales instrumentales

6.8. Épisiotomie

La moitié des parturientes dans notre étude (43%) avait eu une épisiotomie. (Figure n° 34)

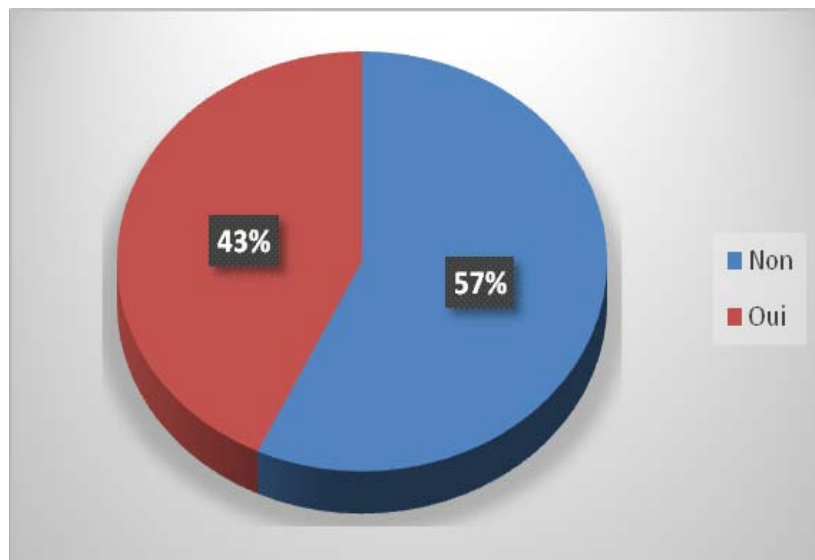


Figure n° 34 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'épisiotomie

6.9. La consultation postnatale

Les trois quart des parturientes de notre étude (74%) avaient bénéficié d'une consultation postnatale, chez l'obstétricien ou chez le généraliste au niveau du centre de santé. (Figure n° 35)

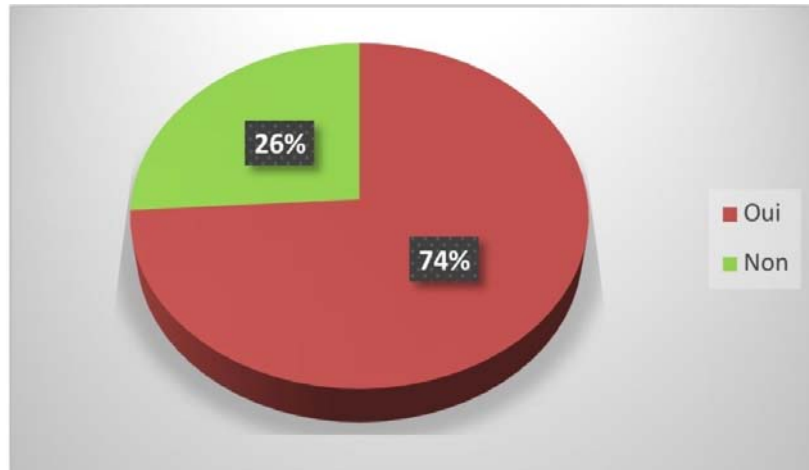


Figure n° 35 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'une consultation postnatale

6.10. Action éducative à visée préventive sur la maladie de la dépression postnatale

Dans notre étude, seulement 15% des parturientes avaient bénéficié d'actions informatives et éducatives à visée préventive sur la DPP auprès d'un professionnel de la santé (gynécologue-obstétricien et médecin généraliste). (Figure n° 36)

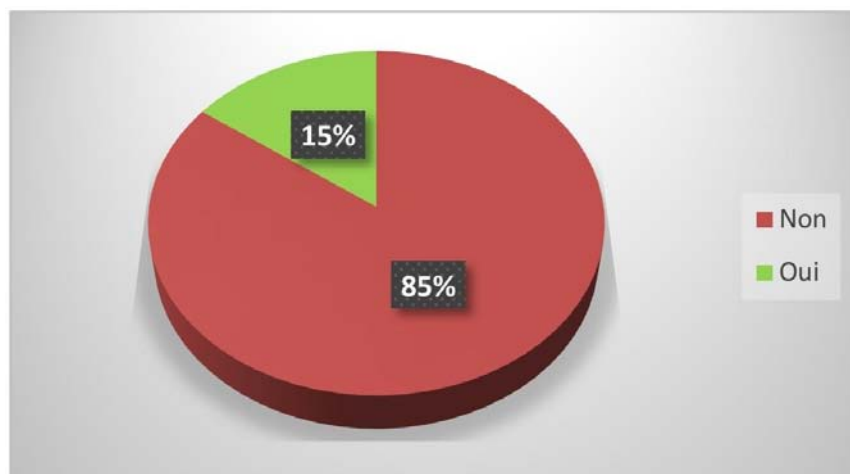


Figure n° 36 : Répartition des parturientes selon la présence ou non d'une action éducative à visée préventive sur la maladie de la dépression postnatale

6.11. Satisfaction de la grossesse et de l'accouchement

Un quart des parturientes dans notre étude (24%) n'était pas satisfait du déroulement de la grossesse et de l'accouchement. (Figure n° 37)

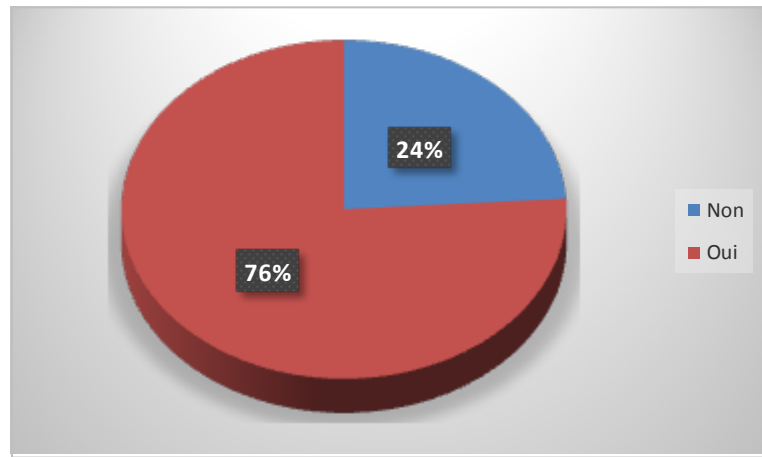


Figure n° 37 : Répartition des parturientes selon la satisfaction de la grossesse et de l'accouchement

7. La prévalence de la dépression du post-partum

D'après notre étude, la prévalence de la dépression du post-partum était de 39% selon l'échelle de dépistage d'Edinburgh (EPDS). (Figure n° 38)

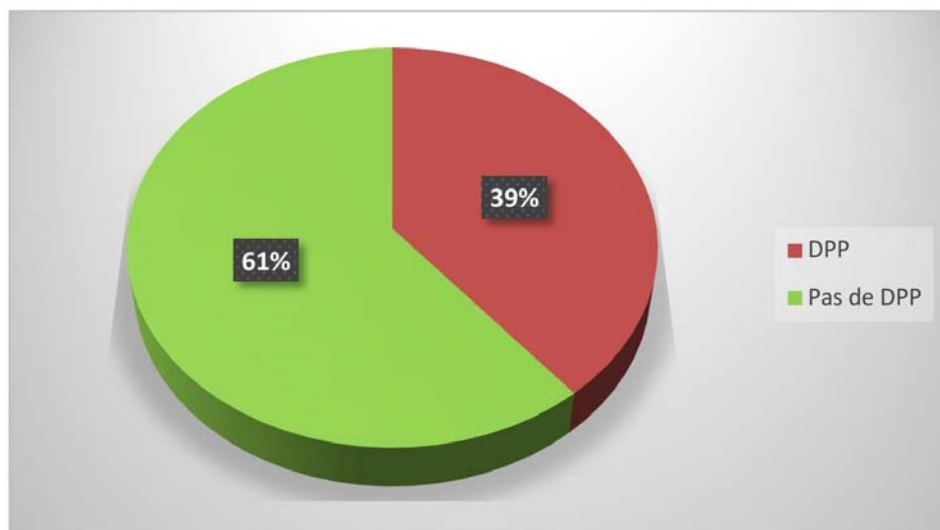


Figure n° 38: Répartition des parturientes selon la prévalence de DPP

II. L'analyse bivariée

1. Facteurs Sociodémographiques

1.1. Association entre la situation maritale et la DPP

La majorité (90%) des femmes non mariées, dans notre étude, avait présenté une DPP.

(Figure n° 39)

Il existe une association statistiquement significative: $p < 0.001$

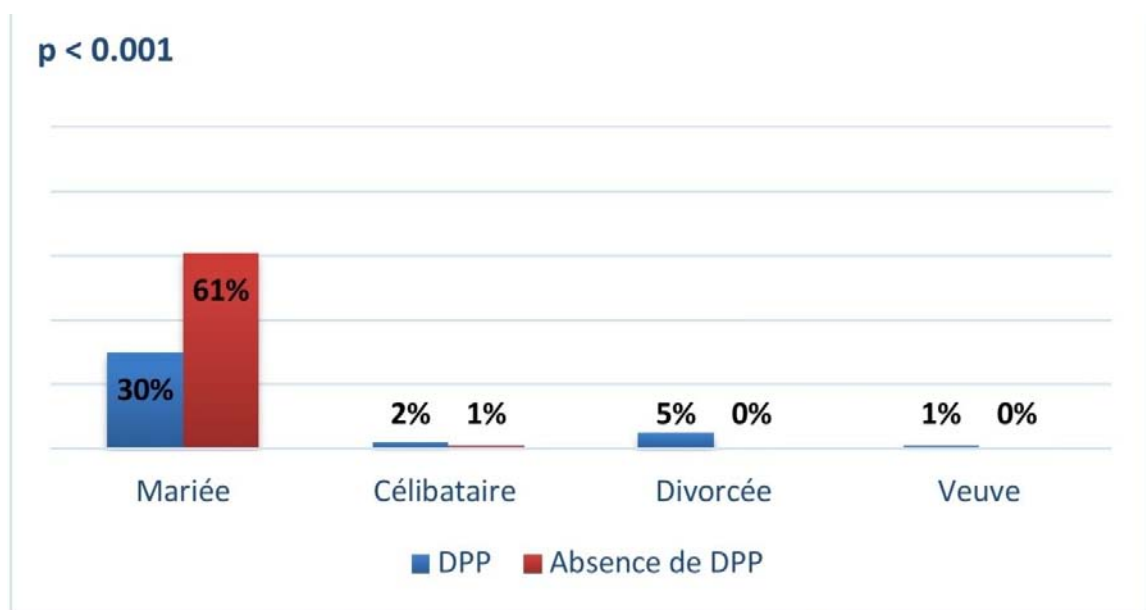


Figure n° 39 : Association entre la situation maritale et la DPP

1.2. Association entre le niveau d'instruction et la DPP

Il n'existe aucune association entre le niveau d'instruction et la dépression postnatale dans notre étude. (Figure n° 40)

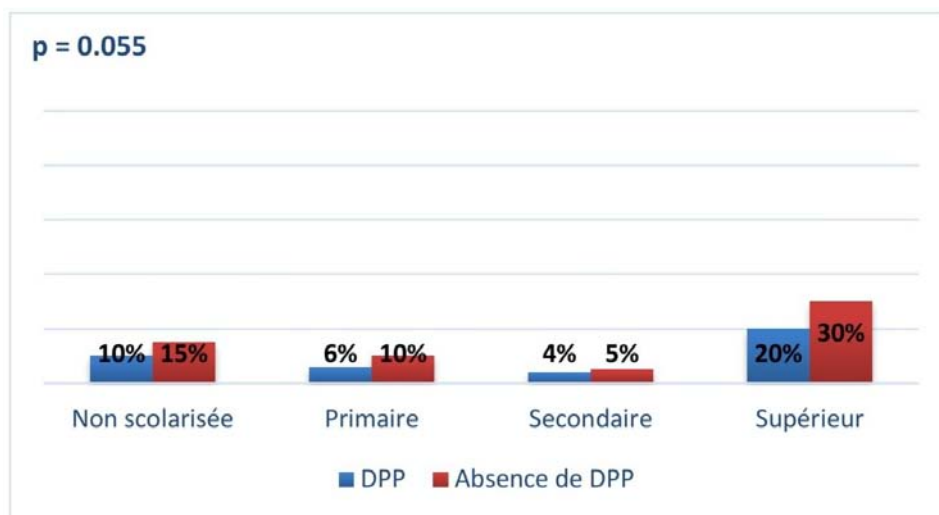


Figure n° 40 : Association entre le niveau d'instruction et la DPP

1.3. Association entre le travail des femmes et la DPP

Une association entre l'absence d'emploi et la DPP a été notée dans notre étude. (Figure n° 41)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.022$

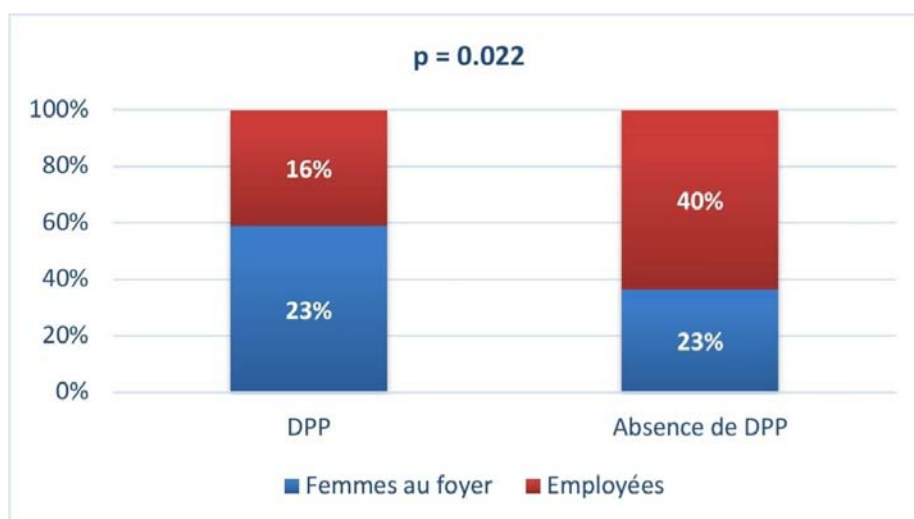


Figure n° 41 : Association entre le travail et la DPP

1.4. Association entre le niveau économique et la DPP

Aucune association entre le niveau économique et la DPP n'a été trouvée dans notre étude. (Figure n° 42)

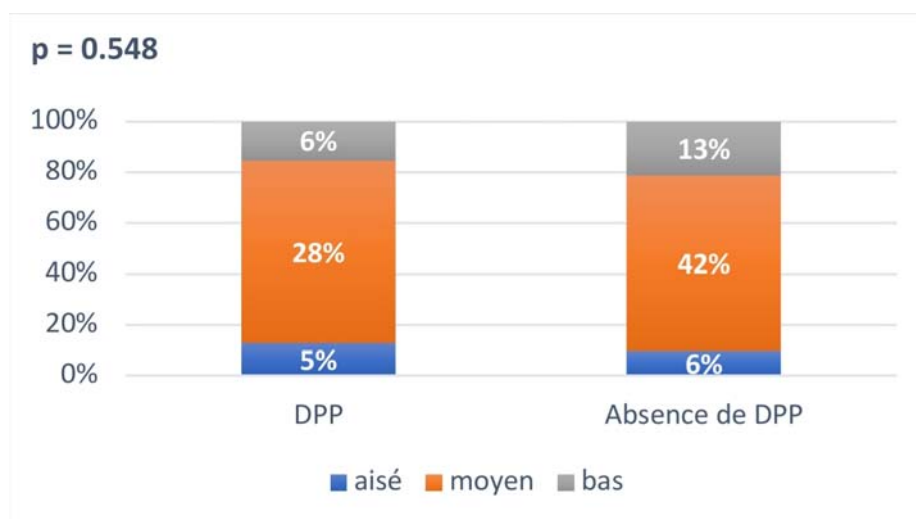


Figure n° 42 : Association entre le niveau économique et la DPP

2. Facteurs Psychiatriques

2.1. Association entre les ATCD de prise de toxiques et la DPP

On ne trouve pas d'association entre l'antécédent de prise de toxiques et la DPP dans notre étude. (Figure n° 43)

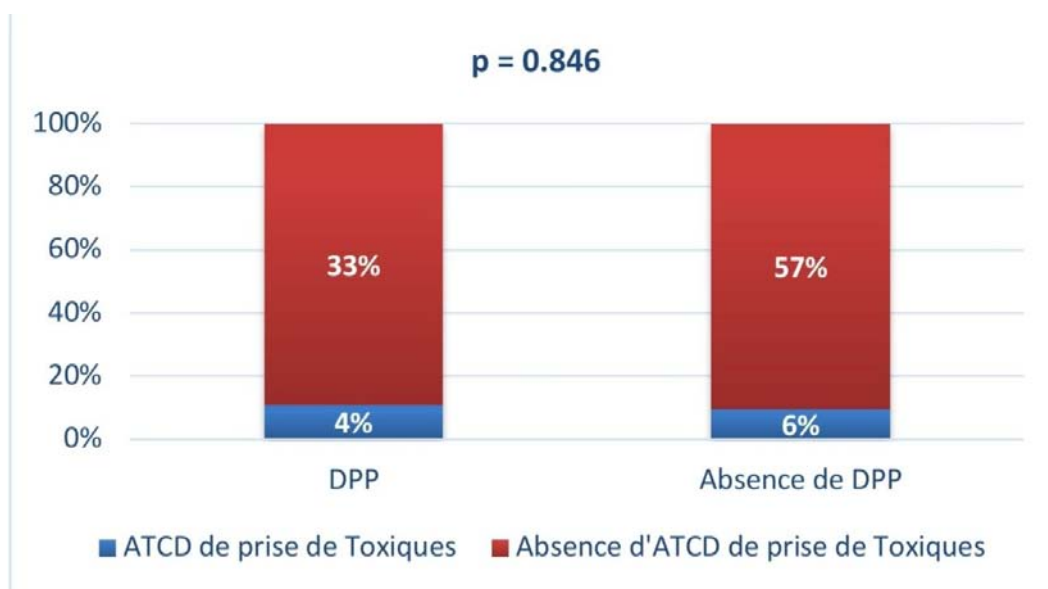


Figure n° 43 : Association entre les ATCD de prise de toxiques et la DPP

2.2. Association entre les ATCD personnels de pathologie psychiatrique connue et la DPP

Il existe une forte association entre la présence d'antécédents psychiatriques personnels et la présence d'une DPP. Surtout pour l'antécédent de dépression et de trouble bipolaire. (Figure n° 44)

L'association est statistiquement significative: $p < 0.001$

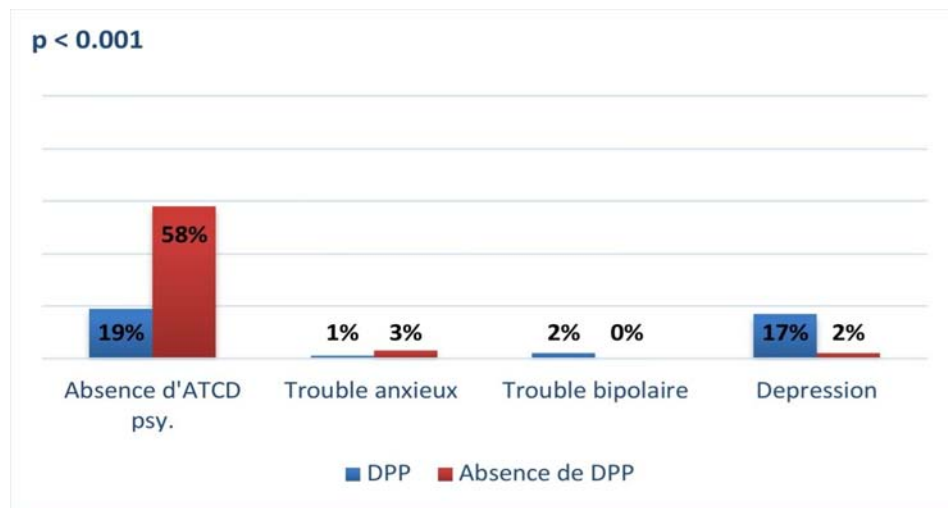


Figure n° 44 : Association entre les ATCD personnels psychiatriques et la DPP

2.3. Association entre les ATCD psychiatriques familiaux et la DPP

Les deux tiers des femmes qui avaient des antécédents familiaux de maladies psychiatriques présentaient une DPP dans notre étude. (Figure n° 45)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.012$

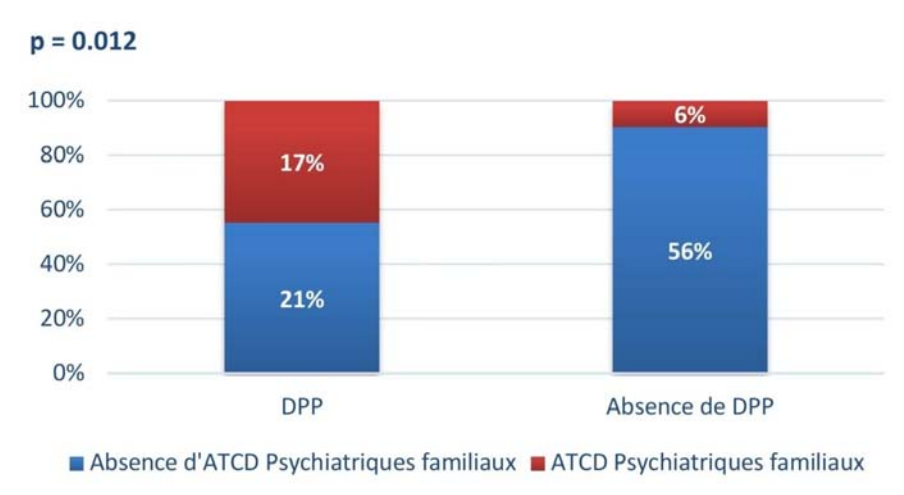


Figure n° 45 : Association entre les ATCD psychiatriques familiaux et la DPP

2.4. Association entre l'antécédent de dépression du post-partum suite à une grossesse précédente et la DPP suite à la grossesse étudiée

La moitié des parturientes déprimées avait un antécédent de DPP suite à une grossesse précédente. (Figure n° 46)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.009$

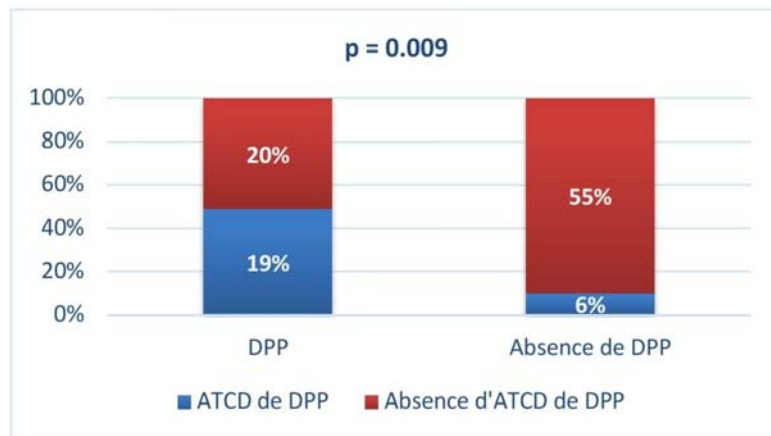


Figure n° 46 : Association entre l'antécédent de DPP suite à une grossesse précédente et la DPP suite à la grossesse étudiée

2.5. Association entre la dépression prénatale et la DPP

Les deux tiers des parturientes qui avaient des manifestations dépressives prénatales, présentaient aussi une DPP, tandis que le tiers des parturientes qui n'avaient aucun trouble dépressif prénatal présentait une DPP. (Figure n° 47)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.013$

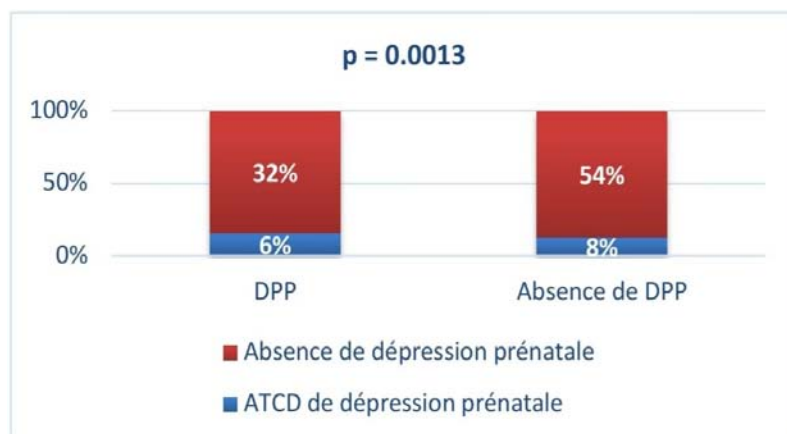


Figure n° 47 : Association entre la dépression prénatale et la DPP

2.6. Association entre le Blues du post-partum et la DPP

Les deux tiers des parturientes de notre échantillon qui avaient une DPP avaient aussi eu un Blues du post-partum les jours suivant l'accouchement. (Figure n° 48)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.020$

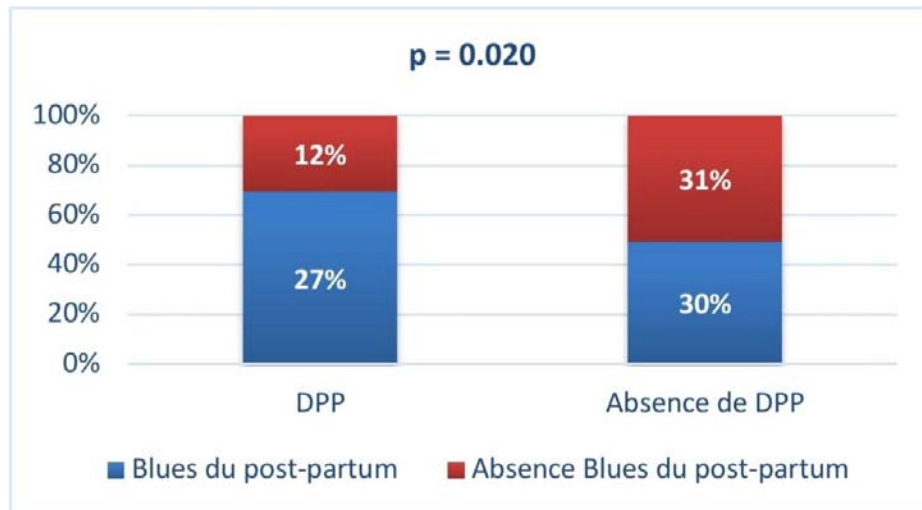


Figure n° 48 : Association entre le Baby blues et la DPP

2.7. Association entre les troubles anxieux en post-partum et la DPP

Il n'existe pas d'association entre la présence de troubles anxieux en post-partum et la présence d'une DPP. (Figure n° 49)

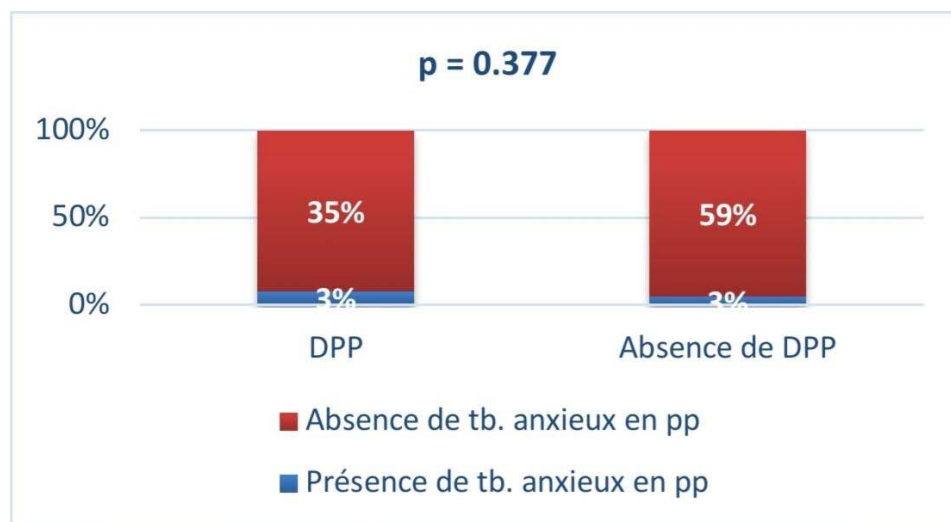


Figure n° 49 : Association entre la présence de troubles anxieux en post-partum et la DPP

3. Facteurs Psycho-sociaux

3.1. Association entre l'isolement et l'éloignement familial et la DPP

Les deux tiers des femmes qui présentaient une DPP avaient subi une séparation et un éloignement de leurs familles avant, durant ou après l'accouchement. (Figure n° 50)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.0371$

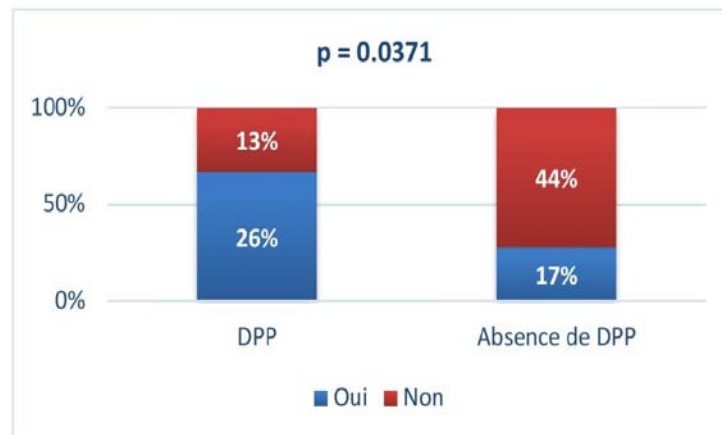


Figure n° 50 : Association entre l'isolement / éloignement familial et la DPP

3.2. Association entre la relation familiale et la DPP

On trouve une association significative entre la présence d'une relation familiale de mauvaise qualité et la DPP. (Figure n° 51)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.023$

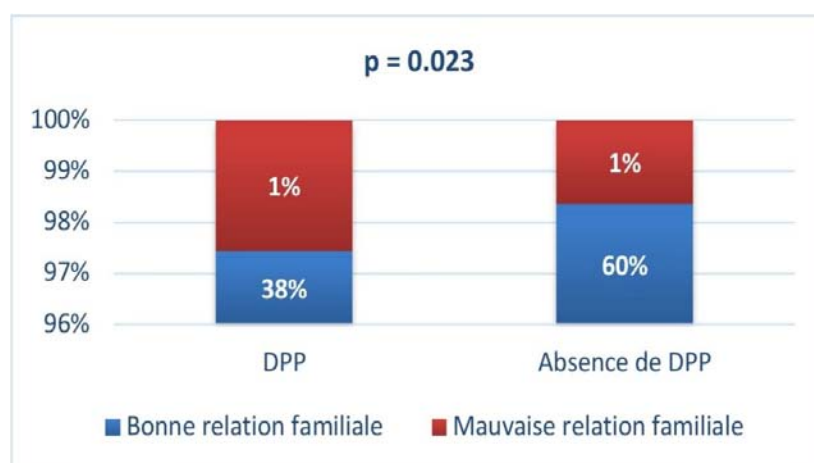


Figure n° 51 : Association entre la relation familiale et la DPP

3.3. Association entre l'aide et le soutien familial et la DPP

Il existe également une association entre la DPP et l'absence d'aide et de soutien de la famille maternelle avant, durant et après l'accouchement, dans les charges domestiques et dans les soins liés au bébé... (Figure n° 52)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.018$

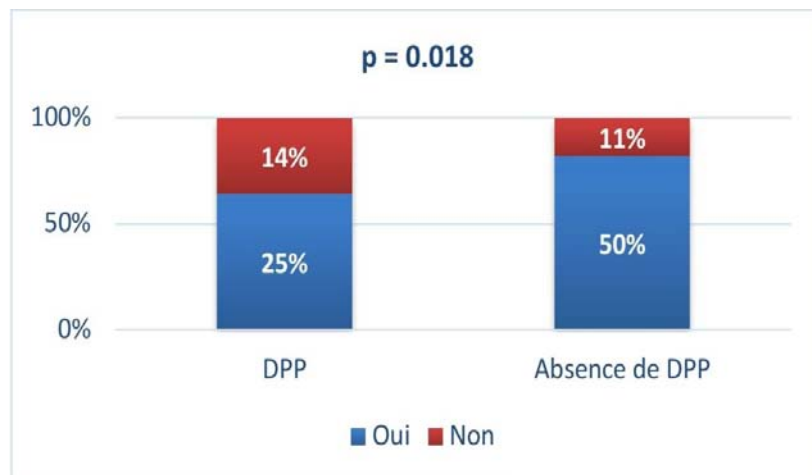


Figure n° 52 : Association entre l'aide et le soutien familial et la DPP

3.4. Association entre la qualité de la relation conjugale et la DPP

La majorité des femmes qui se plaignaient d'une mauvaise relation conjugale (80%), avait une DPP. (Figure n° 53)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.029$

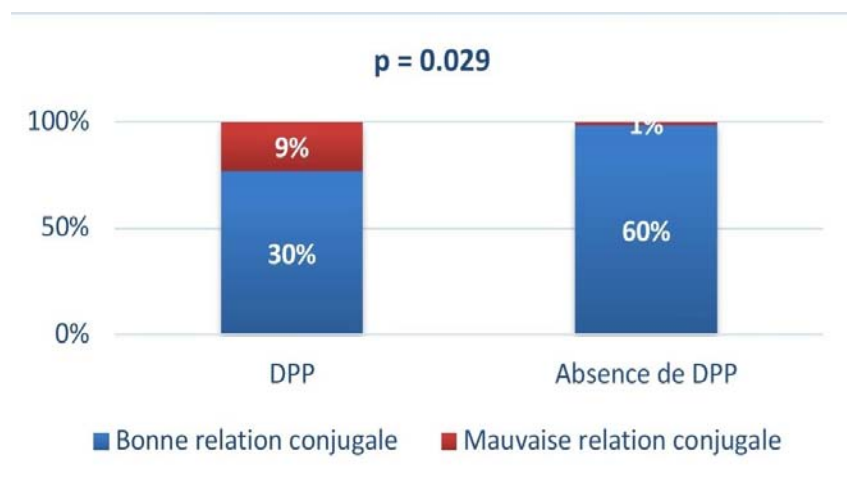


Figure n° 53 : Association entre la relation conjugale et la DPP

3.5. Association entre l'aide et le soutien conjugal et la DPP

Il existe une également une association entre la DPP et l'absence d'aide et de soutien du mari, durant et après la grossesse. (Figure n° 54)

L'association est statiquement significative: $p = 0.038$

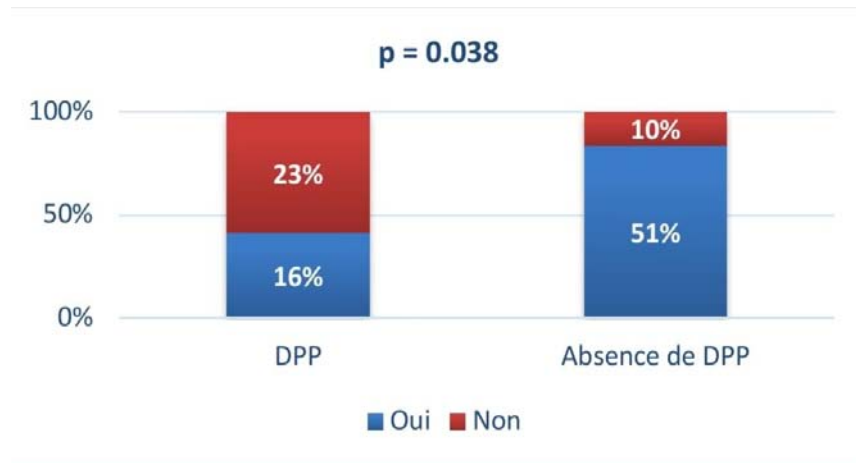


Figure n° 54 : Association entre l'aide et le soutien conjugal et la DPP

3.6. Association entre la présence d'événements stressants au cours des 12 mois précédents et la DPP

On trouve une forte association entre la DPP et la présence d'un événement traumatisant (deuil, séparation, conflits sociaux...) pendant les 12 mois précédents. (Figure n° 55)

L'association est statiquement significative: $p = 0.004$

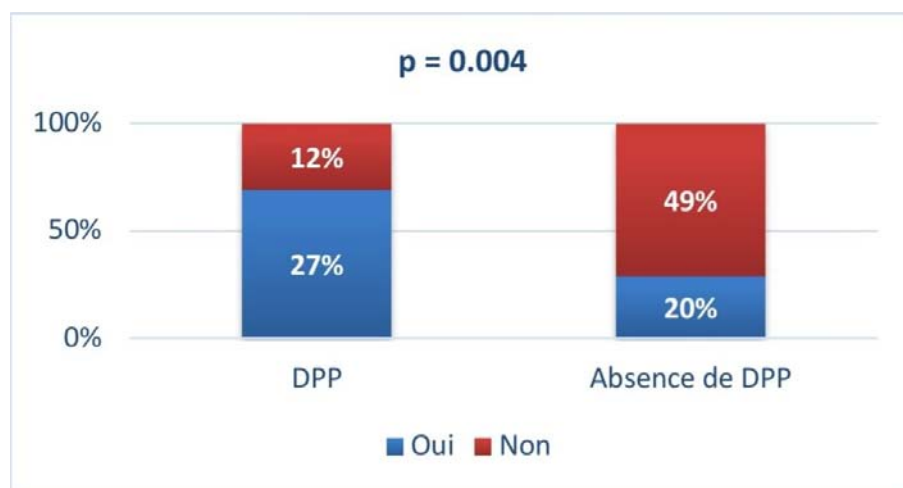


Figure n° 55 : Association entre la présence d'événements stressants au cours des 12 mois précédents et la DPP

4. Facteurs liés à l'enfant

4.1. Association entre la présence de maladies infantiles et la DPP

Aucune association n'a été trouvée entre la DPP et la présence de problèmes de santé chez le nourrisson. (Figure n° 56)

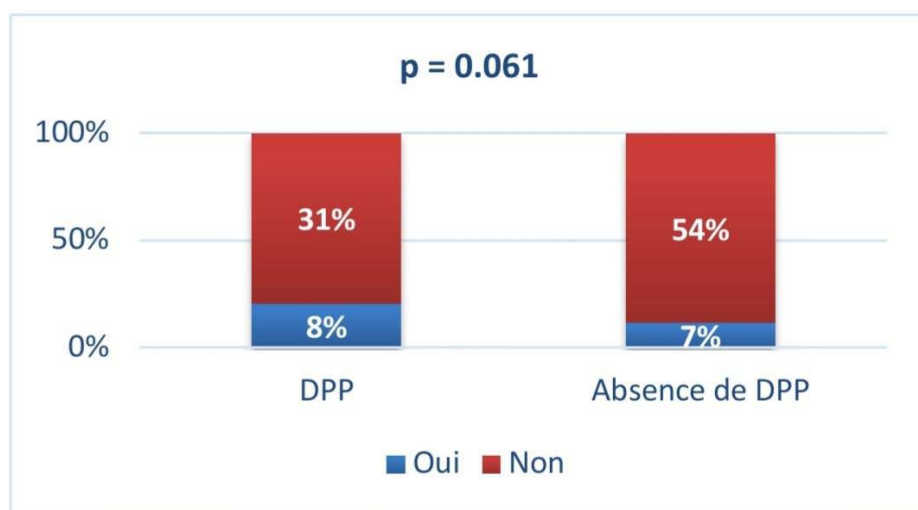


Figure n° 56 : Association entre la présence de maladie infantile et la DPP

4.2. Association entre le sexe du bébé (désiré ou non désiré par la maman) et la DPP

Il existe une association entre la DPP et le sexe de bébé non désiré. (Figure n° 57)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.002$

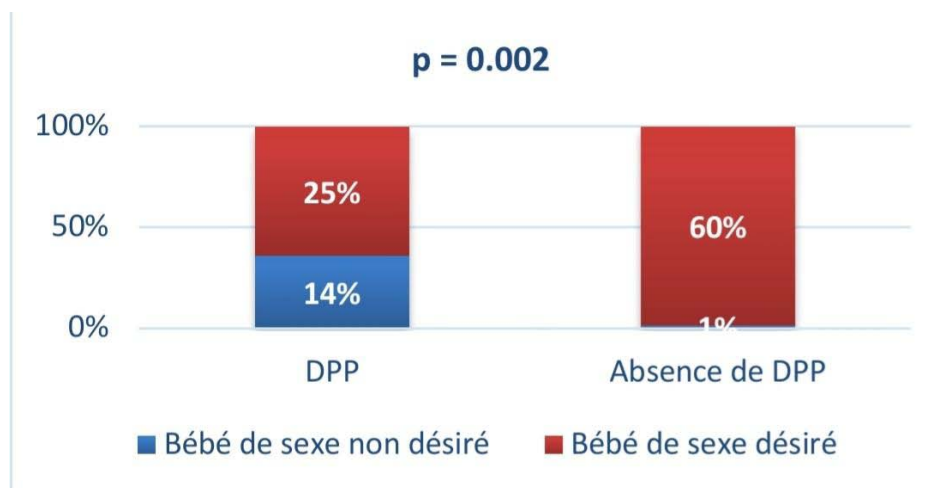


Figure n° 57 : Association entre le sexe du bébé et la DPP

4.3. Association entre la prématurité et la DPP

Il n'existe pas d'association entre l'accouchement prématuré et la présence d'une DPP dans notre étude. (Figure n° 58)

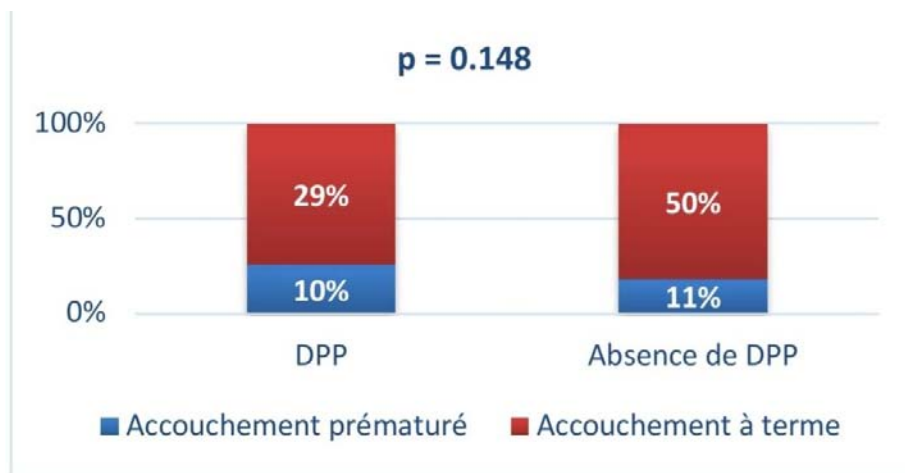


Figure n° 58 : Association entre la prématurité et la DPP

4.4. Association entre l'allaitement maternel et la DPP

La majorité des parturientes non déprimées allaitait naturellement leurs bébés, tandis que un tiers des parturientes déprimées faisait exclusivement l'allaitement artificiel. (Figure n° 59)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.002$

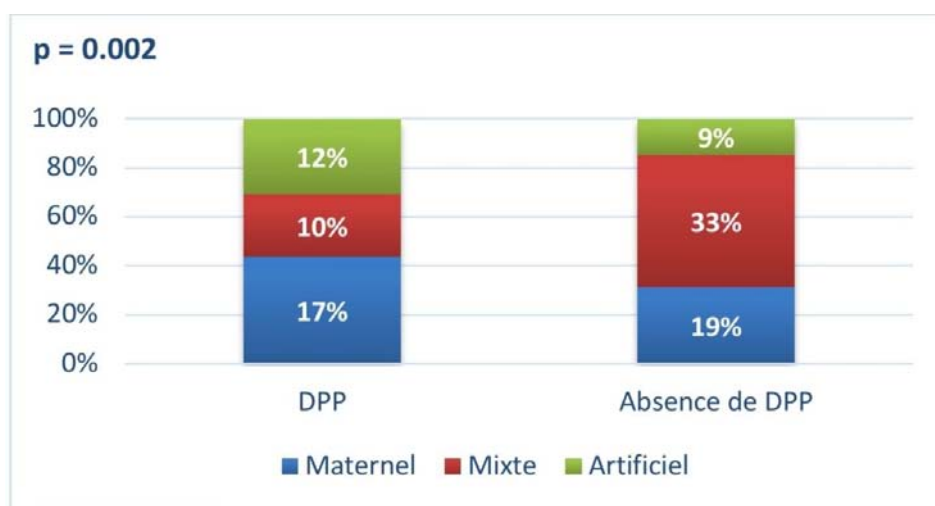


Figure n° 59 : Association entre le type d'allaitement et la DPP

5. Facteurs Obstétricaux

5.1. Association entre la parité et la DPP

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la primiparité et la présence d'une DPP : $p = 0.539$ (Figure n° 60)

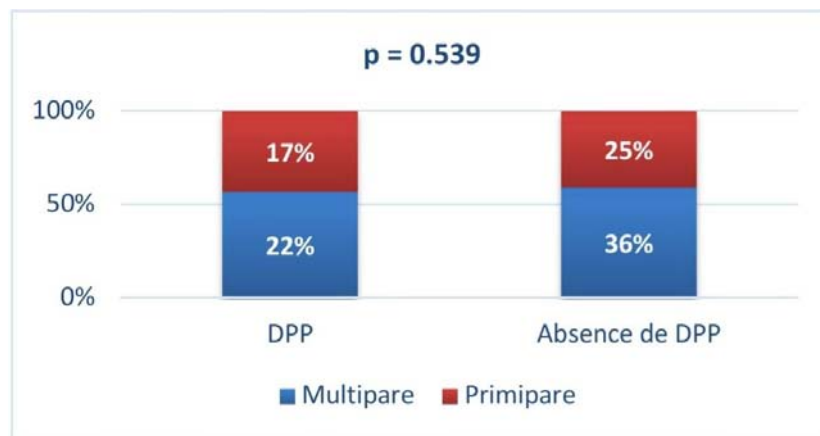


Figure n° 60 : Association entre la parité et la DPP

5.2. Association entre la planification et le désir de la grossesse et la DPP

La majorité des femmes qui avaient une grossesse non planifiée et non désirée présentait une DPP. (Figure n° 61)

L'association est statistiquement significative: $p < 0.001$

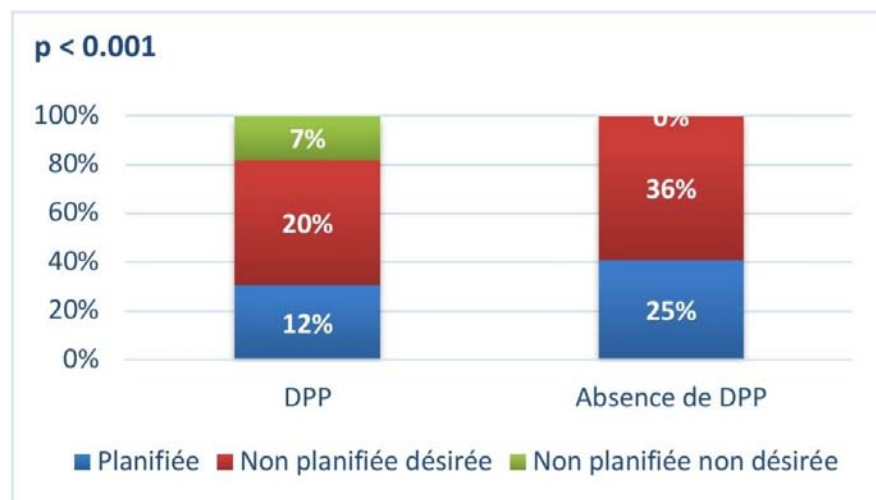


Figure n° 61 : Association entre la planification et le désir de la grossesse et la DPP

5.3. Association entre les complications gravidiques et la DPP

On ne trouve aucune association entre la DPP et la présence de complications pendant la grossesse (HTA gravidique, diabète, des signes sympathiques exagérés...). (Figure n° 62)

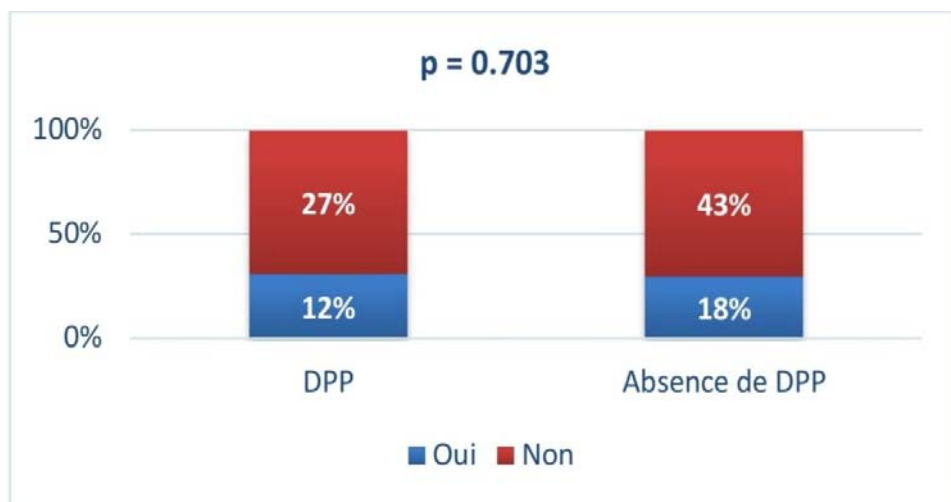


Figure n° 62 : Association entre les complications gravidiques et la DPP

5.4. Association entre le mode d'accouchement et la DPP

La moitié des femmes ayant accouché par césarienne présentait une DPP. (Figure n° 63)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.026$

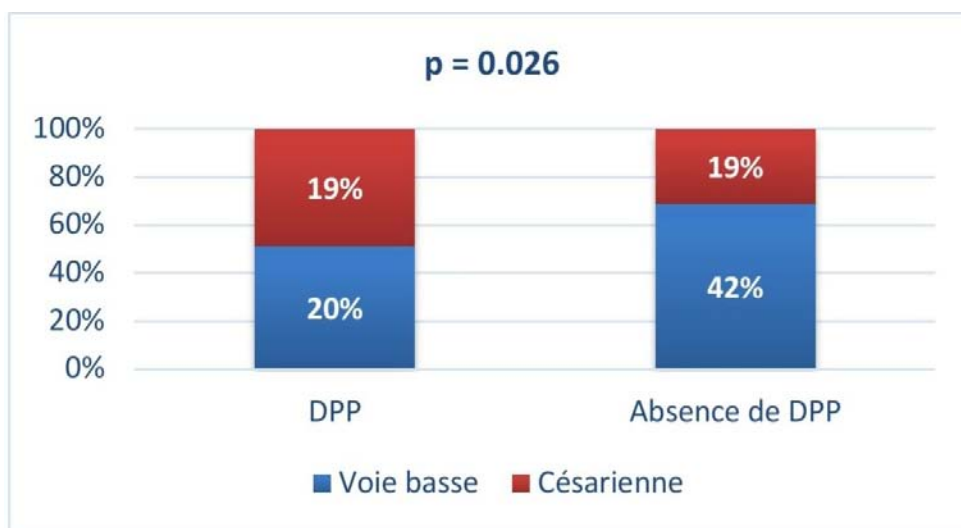


Figure n° 63 : Association entre le mode d'accouchement et la DPP

5.5. Association entre l'accouchement instrumental et la DPP

La moitié des parturientes ayant subi un accouchement avec interventions obstétricales instrumentales présentait une DPP. (Figure n° 64)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.006$

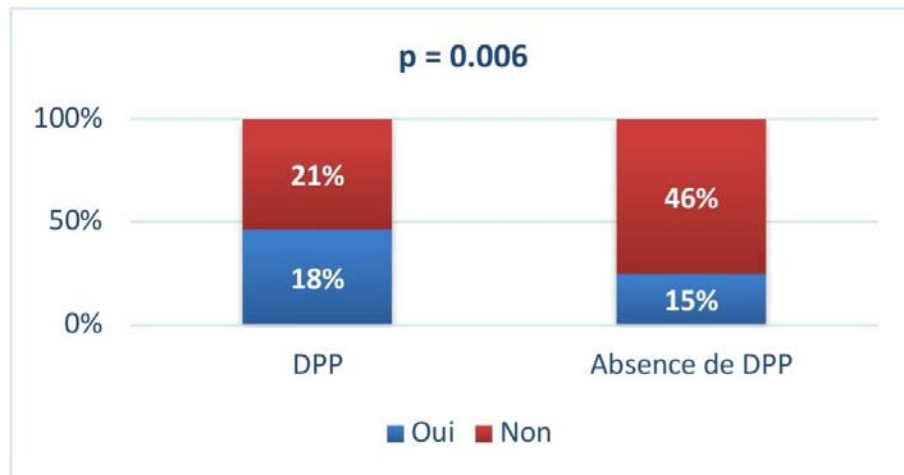


Figure n° 64 : Association entre l'accouchement instrumental et la DPP

5.6. Association entre la satisfaction de la grossesse et de l'accouchement et la DPP

On observe une forte association entre la DPP et l'insatisfaction du déroulement de la grossesse. (Figure n° 65)

L'association est statistiquement significative: $p = 0.001$

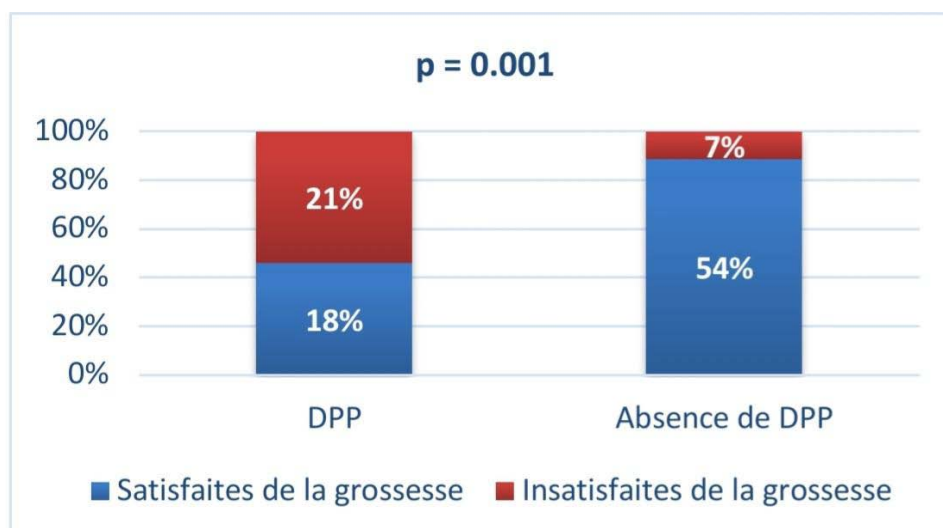


Figure n° 65 : Association entre la satisfaction de la grossesse et de l'accouchement et la DPP

5.7. Association entre l'action éducative à visée préventive sur la maladie de la dépression postnatale et la DPP

La majorité des femmes qui n'avaient jamais bénéficié d'une action éducatives préventive sur la DPP par des professionnels de la santé, présentait une DPP. (Figure n° 66)

L'association est statiquement significative: $p = 0.028$

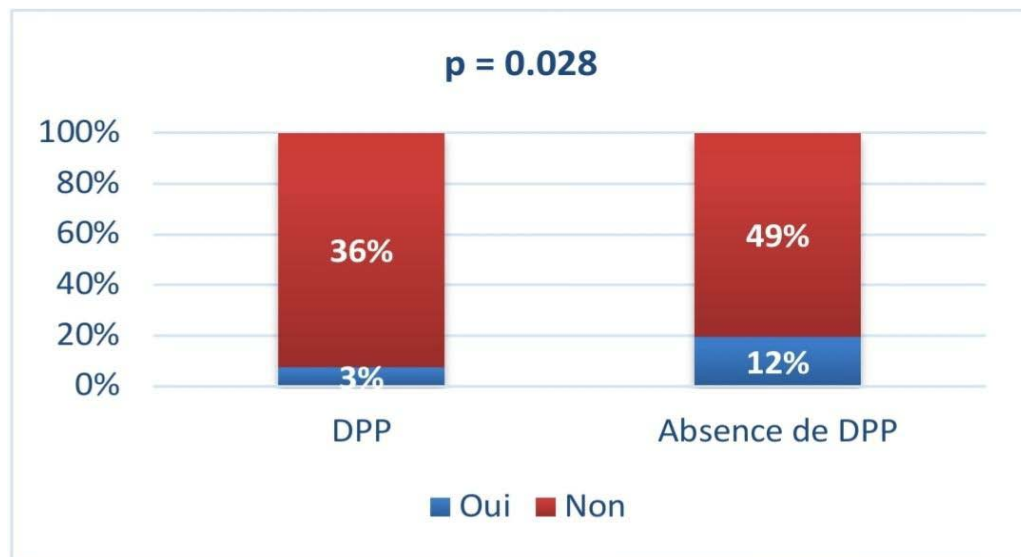


Figure n° 66 : Association entre l'action éducative à visée préventive sur la maladie de la dépression postnatale et la DPP

**Tableau I : Récapitulatif des associations entre la DPP
et ses différents facteurs de risque potentiels**

Les facteurs de risque	Association significative	Indice de Pearson
La situation maritale	Oui	$p < 0.001$
Le niveau d'instruction	Non	$p = 0.55$
Le travail	Oui	$p = 0.022$
Le niveau économique	Non	$p = 0.548$
ATCD de consommation de toxiques	non	$p = 0.846$
ATCD psychiatriques personnels	oui	$p < 0.001$
ATCD psychiatriques familiaux	oui	$p = 0.012$
ATCD de dépression du post-partum	oui	$p = 0.009$
Dépression prénatale pendant la grossesse	oui	$p = 0.013$
Le Baby Blues	oui	$p = 0.020$
Les troubles anxieux du post-partum	non	$p = 0.377$
L'isolement et l'éloignement familial	oui	$p = 0.031$
Une mauvaise relation familiale	oui	$p = 0.023$
L'absence d'aide et de soutien familial	oui	$p = 0.018$
Une mauvaise relation conjugale	oui	$p = 0.029$
L'absence d'aide et de soutien du partenaire	oui	$p = 0.038$
La présence d'événements traumatisants au cours des 12 mois précédents	oui	$p = 0.004$
La présence de maladies infantiles	non	$p = 0.061$
Le sexe du nouveau-né (non désiré)	oui	$p = 0.002$
La prématurité	non	$p = 0.148$
L'absence d'allaitement maternel	oui	$p = 0.002$
La primiparité	non	$p = 0.539$
Une grossesse non planifiée et non désirée	oui	$p < 0.001$
Les complications gravidiques	non	$p = 0.703$
L'accouchement par césarienne	oui	$P = 0.026$
L'accouchement instrumental	oui	$P = 0.006$
L'insatisfaction de la grossesse	oui	$p = 0.001$
L'absence d'actions éducatives à visé préventive sur la DPP	oui	$p = 0.028$

DISCUSSION

I. Présentation théorique de la dépression du post-partum

1. Définition et Sémiologie

La dépression du post-partum est caractérisée par l'apparition d'un trouble dépressif faisant suite à l'accouchement durant la période qui s'étend jusqu'à un an du post-partum.

Identifiée par Pitt en 1968, la DPP est un trouble dépressif sans caractéristiques psychotiques. On désigne sous le terme de dépression du post-partum des épisodes dépressifs mineurs et/ou majeurs qui surviennent chez les mères durant la première année du post-partum (Guedeney et Jeammet, 2001). (92) Ces troubles débutent généralement chez la plupart des femmes entre 4 à 6 semaines après l'accouchement (OMS ; APA ; Gaynes et al. 2005). (6;8;25)

La Société Marcé (Association pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales) a aussi défini cette dépression comme un épisode survenant dans la première année du post-partum, du fait des conséquences potentielles majeures de la dépression maternelle sur le développement du bébé durant sa première année de vie. (130)

Les symptômes de la DPP sont le plus souvent d'intensité modérée « dépression mineure ». La « dépression majeure » avec des idéations suicidaires reste rare.(15;23) On repère principalement :

1.1. Des symptômes thymiques :

- Une humeur dépressive (tristesse) ou irritabilité.
- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur.

1.2. Des symptômes cognitifs :

- Des troubles de la concentration et de la mémoire qui accentuent le sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de l'enfant.

1.3. Une anhédonie :

- Une diminution de l'intérêt et du plaisir. Il peut aussi exister un découragement et un sentiment d'incapacité.

1.4. Des symptômes somatiques :

- Une fatigue physique pouvant être associée au sentiment d'être débordée par les tâches nécessaires aux soins divers du bébé.
- Des troubles du sommeil (majorés par les réveils nocturnes liés à l'enfant) : insomnie, cauchemars avec difficultés de se rendormir ou un hypersomnie.
- Des plaintes somatiques diverses (céphalées, douleurs abdominales, etc.).
- Des troubles de l'appétit avec perte ou gain de poids.
- Une perte de la libido.

1.5. Des troubles anxieux :

- une anxiété avec des inquiétudes centrées presque exclusivement sur les soins liés au nourrisson (Robinson et Stewart, 2001).

1.6. Des signes de souffrance morale :

un sentiment de manque de soutien social, de dévalorisation ou de culpabilité, des pensées noires répétées et des idées suicidaires voire des tentatives.

La DPP est définie dans la classification psychiatrique DSM-IV par 5 critères (de A à E) :

- A.** Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure).
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

2. Épidémiologie

La prévalence de la DPP varie selon les études. Elle serait comprise entre 10 et 20% dans les pays développés, et pourrait aller jusqu'à 30%. (2;6;9;73)

Cependant, au niveau des pays en développement on trouve des taux de prévalence de la DPP encore plus élevés, jusqu'à 50% voire 60% dans certaines populations. Ces chiffres placent la DPP en tête des pathologies du post-partum. Nous pouvons donc la considérer comme un vrai problème de santé publique. (49;51;85;86)

La variabilité de la prévalence de la DPP pourrait être expliquée par la diversité des méthodes d'évaluation et critères diagnostiques utilisés, la taille des échantillons, la population étudiée (pays d'origine, culture, rurale, urbaine, etc.) ainsi que le moment de l'évaluation...

3. Conséquences

La dépression du post-partum pourrait être à l'origine de conséquences graves. Même dans les formes modérées de la dépression, l'impact est présent ; puisque les premiers mois de vie sont une période de sensibilité maximale dans la construction cognitive et psychique de l'enfant. De nombreux autres facteurs peuvent aussi influencer le développement de l'enfant, comme un niveau d'instruction maternel bas, des tensions et conflits conjugaux, la sévérité, la durée et la récurrence des symptômes dépressifs chez la maman en post-partum...

Les symptômes dépressifs chez la mère entraînent un changement de son comportement par rapport à son enfant : une vocalisations moins importantes, des propos négatifs au sujet de son enfant et de la qualité de leur relation, des contacts visuels et physiques moins fréquents,

une diminution de la capacité à interpréter les signaux émis par son enfant et de répondre de manière adéquate à ses besoins. Mais surtout, une maman déprimée et désengagée ne retrouve plus le plaisir de s'occuper de son bébé...

Ces interactions défailtantes altèrent le lien mère-enfant et sont à l'origine de dysharmonies relationnelles affectives précoces. Ainsi, l'enfant réagit en développant différentes manifestations : des troubles fonctionnels pouvant toucher l'alimentation ou le sommeil, des troubles de l'attachement et des difficultés de séparation... Certaines études montrent un impact à plus long terme sur le développement global de l'enfant : un retard staturo-pondéral, un retard cognitif et psychomoteur, des difficultés de communication, des troubles du comportement et des troubles dépressifs.(41;100)

Il est donc indispensable d'être attentif aux premiers symptômes, pour une prise en charge précoce qui permettrait d'améliorer le pronostic.

Chez la maman, la DPP conduit rarement au suicide, mais le risque de récurrence est important. La dépression peut persister à long terme ou bien récidiver, surtout lors de grossesses ultérieures.(65;103)

Ces circonstances pourraient avoir aussi un impact majeur sur le couple, puisque l'arrivée d'un enfant provoque de façon radicale un nouvel équilibre à retrouver. Réussir cet équilibre peut prendre du temps et s'avérer angoissant pour le couple. Cet angoisse et ce malaise démultipliés lorsque la femme souffre d'une DPP, compliquent d'autant plus la situation. Il arrive alors au couple, s'il n'est pas assez solide, de ne pas résister à ce stress auquel il est confronté, ce qui peut engendrer des tensions et des conflits, un manque de soutien, de l'instabilité et même la séparation.

Enfin, la présence d'une DPP est considérée comme un facteur de risque non négligeable de survenue d'épisodes dépressifs chez le partenaire aussi. (48)

4. Facteurs de risque

De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude des facteurs de risque de la DPP, de manière à anticiper et agir sur cette pathologie le plus précocement, afin de limiter les complications qui peuvent en découler.

Les facteurs de risque de la DPP ont été élaborés dans plusieurs études et se révèlent très nombreux. Cependant, aucun d'entre eux ne semble à lui seul déclencher la survenue d'une dépression postnatale, c'est la synergie entre les différents événements prédisposants, qui aurait un impact sur le développement de la pathologie. Il n'existe donc pas une étiologie unique à l'origine d'une décompensation dépressive en post-partum, mais un ensemble de facteurs de risque, qui interagissent entre eux et précipitent le développement de cette affection psychiatrique. Plusieurs facteurs de risque ont été cités dans la littérature, dont des facteurs psychiatriques, socio-relationnels, gynéco-obstétricaux, socio-économiques, biologiques et néonataux. Nous avons tenté de passer en revue les principaux :

4.1. Les facteurs psychiatriques

- La présence d'antécédents psychiatriques personnels : épisodes antérieurs de dépression (puerpérale ou non), troubles anxieux et bipolaires, troubles de la personnalité...
- La présence d'une dépression anténatale ou des manifestations anxieuses pendant la grossesse
- La présence d'antécédents familiaux de maladies psychiatriques : dépression, DPP, troubles bipolaires...

4.2. Les facteurs socio-relationnels

- Les facteurs psychosociaux : événements de vie stressants, relations interpersonnelles stressantes...
- Le célibat

- Les difficultés et les conflits conjugaux : séparation, situations de violences conjugales...
- Les abus sexuels ou les maltraitances dans l'enfance
- L'isolement social et affectif, le manque de soutien (absence de partenaire, rupture avec la famille, absence de grand-mère maternelle...), l'impression de négligence par l'entourage et par les professionnels de santé, l'absence d'accompagnement à la parentalité...

4.3. Les facteurs socio-économiques

- Difficultés économiques : précarité, absence de logement stable, chômage...
- Un bas niveau d'instruction

4.4. Les facteurs gynéco-obstétricaux

- Une primiparité tardive ou précoce
- Une grossesse non planifiée, non désirée, non suivie et non déclarée
- Les complications obstétricales : une grossesse compliquée, un accouchement difficile, une césarienne d'urgence, un séjour en réanimation...

4.5. Les facteurs néonataux

- Un sexe du bébé non désiré
- Des complications néonatales, des maladies héréditaires et congénitales
- L'absence d'allaitement maternel

4.6. Les facteurs biologiques

- Les facteurs héréditaires
- Une hypothyroïdie, des crises épileptiques...

Ces facteurs de risque de DPP recensés dans la littérature internationale s'avèrent nombreux et variés, ce qui engendre une synthèse difficile et délicate. Cependant, nous avons

également essayé de résumer les facteurs qui paraissent avoir un rôle privilégié dans le déclenchement d'une DPP par ordre d'importance, en nous appuyant sur les résultats de 3 principales méta-analyses (Beck, 2001 ; O'Hara et Swain, 1996 ; Robertson et al., 2004). Ceci permet d'avoir une vision, bien que relative, du poids des différents facteurs de risque sur l'apparition d'une DPP. (2;9;73)

Les résultats de ces méta-analyses s'accordent sur le fait que les facteurs impliqués dans la genèse des symptômes dépressifs maternels, par ordre d'importance, seraient :

- 1) Les facteurs de risque les plus impliqués: ceux relatifs à une vulnérabilité personnelle, notamment les antécédents personnels et familiaux de dépression, les symptômes dépressifs et/ou anxieux au cours de la grossesse
- 2) Les facteurs de risque ayant un impact modéré : les facteurs psychosociaux, spécifiquement la présence d'événements de vie stressants, un manque de soutien social de la part du conjoint et de l'entourage, et les facteurs relatifs à l'enfant et aux interactions
- 3) Les facteurs ayant un impact modéré à faible: les facteurs psychologiques liés à la personnalité et les relations interpersonnelles stressantes
- 4) Les facteurs de risque les moins impliqués : les complications obstétricales et le statut socioéconomique

5. Prise en charge

Les objectifs de la prise en charge de la DPP sont d'éviter les répercussions sur la mère, sur l'enfant et sur son entourage, ainsi que la prévention des récurrences en dehors ou dans le post-partum pour les futures grossesses. Pour que ces objectifs soient atteints, il s'avère primordial de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires disponibles. La prise en charge doit être globale, multidimensionnelle et adaptée à chaque patiente et à son entourage, avec une continuité des soins et une interdisciplinarité.

Les options de traitement pour la DPP comprennent la thérapie pharmacologique et la psychothérapie (individuelle ou en groupe), qui peuvent être utilisées seules ou conjuguées. Selon les recommandations, les thérapies non pharmacologiques (psychothérapie) devraient être privilégiées dans le cas de la DPP légère à modérée. La thérapie pharmacologique est plus appropriée pour les cas de dépression sévère ou pour les cas qui ne répondent pas à la psychothérapie.

5.1. Le traitement pharmacologique

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ISRS (la sertraline, la paroxétine et la fluvoxamine) sont généralement le premier choix pour le traitement de la DPP chez les femmes allaitantes, en raison de leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et la bonne tolérance. Le choix du traitement pharmacologique doit aussi tenir compte de l'historique de la femme, de sa réponse aux traitements antérieurs, ainsi que de la prise en compte personnalisée des risques / avantages d'un traitement médicamenteux et de l'allaitement, en fournissant des informations claires sur le médicament, afin que les femmes puissent prendre des décisions éclairées concernant le traitement à suivre.

5.2. La psychothérapie

Les revues de la littérature montrent que la psychothérapie est une option de traitement très efficace pour la DPP, notamment la thérapie Cognitivo-Comportementale (psychoéducation, restructuration cognitive, stratégies d'activation comportementale adaptées...). Ainsi que la Psychothérapie interpersonnelle (TIP) pour diminuer la tension et la souffrance interpersonnelle (comme par exemple dans le cas des conflits et des difficultés associées aux transitions de rôle...).

Différentes formes de thérapie psychosociales peuvent être employées également : la construction et l'activation du réseau de soutien social, les interventions à domicile, l'éducation sur l'allaitement et ses bienfaits sur la mère, sur l'enfant et sur le lien mère-enfant, et surtout l'accompagnement et l'écoute.

6. Prévention et Dépistage

6.1. Par quel professionnel de la santé ?

Dans le cadre de la dépression du post-partum, ce sont les professionnels de la santé qui vont pouvoir jouer un rôle dans la prévention primaire, en étant attentifs et à l'écoute des femmes en période périnatale, afin de repérer les facteurs de risque de la DPP. Une surveillance étroite des femmes vulnérables afin d'identifier précocement les symptômes dépressifs s'avère nécessaire.

La prévention va se faire essentiellement par les professionnels de la santé qui seront en contact direct avec les femmes enceintes et les jeunes mères, tout au long de la grossesse et dans le post-partum.

- Le médecin généraliste: C'est souvent un intermédiaire privilégié pour la femme enceinte et celle qui vient d'accoucher, puisqu'il connaît généralement la patiente dans sa globalité avec ses antécédents sur le plan médical mais aussi familial et social. Cela va lui permettre de déceler des facteurs de risque ou encore des symptômes précoces pouvant présager la survenue d'une DPP. Le médecin généraliste peut proposer une PEC lui-même ou adresser la patiente vers un spécialiste si nécessaire.
- Les gynécologues obstétriciens et / ou les sages-femmes: Vont intervenir tout au long de la grossesse, de l'accouchement et en suites de couches. Ils ont donc une place privilégiée dans la prévention puisqu'ils sont en contact direct avec la femme pendant toute la période périnatale. Ils peuvent donc être des acteurs de prévention, en s'assurant du bon déroulement psychique de la grossesse et de la maternité.
- Pédiatre: Chargé du suivi de l'enfant, il joue un rôle clé dans la prévention et la détection de troubles psychiques du post-partum. Il est attentif à la nouvelle relation mère-enfant qui se met en place, au développement du nouveau-né et aux comportements de la mère et de l'enfant surtout.
- Psychiatre: Pour une prise en charge spécialisée adaptée, en plus du rôle de formation – information.

6.2. Dans quelles situations ?

Cox (1987) propose un panel de signes pouvant alerter les obstétriciens, les médecins généralistes, ou encore les sages-femmes et les infirmiers quant à une possible DPP.(59) Chez une femme qui :

- Se sent faible, fatiguée ou présente des troubles du sommeil.
- Se plaint de symptômes somatiques tels que des maux de tête, des douleurs abdominales, une sensibilité mammaire sans cause physique.
- Exprime des craintes que l'entourage critique ses capacités d'être mère.
- Exprime des inquiétudes quant à la santé du bébé ou au contraire une négligence.
- Sur-sollicite son bébé et tend à répondre immédiatement à ses demandes.
- A un bébé qui ne parvient pas à s'apaiser et qui pleure de manière excessive ou présente des troubles d'alimentation et de sommeil.

Sinon le dépistage systématique de routine chez toutes les mères qui viennent d'accoucher serait, selon Milgrom (2008), la manière la plus efficace et la moins coûteuse pour identifier les mères à risque de la DPP. Cox et al. (2018) recommandent également une systématisation du dépistage de la DPP pour un diagnostic précoce de cette pathologie.(15;94)

Il existe deux périodes primordiales au dépistage : l'ante et le post-partum, et il semble intéressant de déceler les femmes à risque de développer une DPP pendant la grossesse.(68)

6.3. Par quels moyens

La DPP est peu diagnostiquée malgré son impact et les conséquences qu'elle occasionne. Une amélioration du dépistage et de la prise en charge précoce de cette pathologie représente donc un réel enjeu de santé publique. De ce fait, de nombreux chercheurs se sont penchés sur l'élaboration de moyens de dépistage.

- L'échelle d'Edinburgh (EPDS)
- Beck-Inventory
- L'outil de deux questions

- Hamilton Depression Scale HAM-D
- MINI « Mini International Neuropsychiatric Interview »
- Questionnaire de Genève DAD-P

Ces échelles sont toutes présentées dans la littérature comme des outils reconnus et validés par l'une ou l'autre des recherches. Néanmoins, celles-ci ne sont pas spécifiques de la DPP. Mais bénéficient d'une bonne validation pour la dépression, et de ce fait, elles pourraient toutes être utilisées (Wickberg et al. 1997 ; Lawrie et al. 1998).(35)

Cependant, l'EPDS ressort comme étant le référence standard, qui est spécifiquement construite et adaptée pour le péripartum. Elle est recommandée par la HAS et l'OMS comme questionnaire de référence pour le dépistage de la DPP en anté et postnatal.(83-84)

C'est un auto-questionnaire d'origine anglo-saxonne, mis au point par M. Cox en 1987. Il se compose de 10 items, chacun coté de 0 à 3 selon un ordre croissant de sévérité, avec un score total variant de 0 à 30, plus le score est élevé, plus la dépression est sévère. Le score seuil retenu est de 10 au-dessus duquel une dépression postnatale est très possible et en dessous duquel le risque est très faible. La spécificité de cette échelle est à 0,92 et la sensibilité à 0,80. (59)

L'EPDS est facilement utilisable par les professionnels de la santé non spécialistes en psychiatrie et semble être bien acceptée par les mères, puisqu'il est simple, rapide et facile à remplir.

Plusieurs auteurs s'accordent sur l'utilisation de l'EPDS, avec certaines recommandations.(77) :

- Horowitz, J. A. & al. (2009) recommandent dans leur étude d'utiliser l'EPDS, en affirmant que les deux modes (hétéro et auto-administration) sont équivalents. Dans le but de réduire le sentiment de stigmatisation ressenti par les femmes, ils proposent de rendre le dépistage systématique et universel.

- McQuenne, K. & al. (2008) recommandent d'utiliser l'EPDS de manière auto-administrée, à n'importe quel moment au cours de la première année du postpartum. Ils conseillent de compléter le résultat du dépistage par un entretien clinique.
- Hanusa, B.H. & al (2008) recommandent aussi l'utilisation de l'EPDS, avec un score seuil supérieur à 10, dès la sixième semaine du postpartum. Le dépistage devrait être répété à deux reprises au cours de la première année du postpartum puisque la dépression peut survenir tout au long de cette période.
- Shakespeare, J. & al (2003) ont utilisé l'EPDS à 8 semaines et à 8 mois du postpartum. Les éléments mis en évidence, pour améliorer la qualité du dépistage de la DPP sont les suivants : l'importance d'un feed-back du professionnel à la femme après avoir obtenu le résultat et l'importance de créer une relation de confiance propice à l'échange.
- Mason, L. & al. (2008) ont voulu connaître l'opinion des professionnels au sujet de l'utilisation de l'EPDS. Ils considèrent l'expérience professionnelle, qui complète l'évaluation par le jugement clinique, comme indispensable. Parfois, il est nécessaire de guider les femmes dans le questionnaire pour clarifier les items.

On résume par les recommandations mises par l'OMS et l'HAS.

Trois recommandations ont été considérées par l'OMS comme étant prioritaires concernant la santé mentale des parturientes.(12):

- **L'amélioration de l'identification des problèmes de la santé mentale durant la grossesse et la période postnatale à l'aide d'instruments de dépistage tels que le questionnaire EPDS afin de proposer des interventions précoces appropriées.**
- **Le développement des compétences des professionnels de santé (formation-information) pour conduire un entretien de dépistage et reconnaître la détresse psychologique chez les femmes tant durant la période anténatale que postnatale**
- **Le développement des services de santé proposant une prise en charge appropriée des besoins des femmes en détresse psychologique durant la période périnatale (l'accès aux soins psychiatriques en période puerpérale)**

En outre, la HAS (2005–2007) (83;84) recommande:

- L’entretien prénatal précoce
- Les séances de « Préparation à la Naissance et à la Parentalité »
- L’éducation des nouvelles mères sur le sujet de la dépression post-natale, sur la relation mère–enfant et les bénéfices de l’allaitement...

II. Discussion des résultats

1. L’étude de la prévalence de la dépression du post-partum

Dans notre étude, la prévalence de la DPP chez les parturientes étaient de 39% selon l’échelle d’Edinburgh (EPDS) avec un score ≥ 10 .

- On peut trouver une autre étude sur la prévalence de la dépression du post-partum au Maroc qui était menée par Agoub et al. (2005), montrant une prévalence de 20.1% (EPDS ≥ 12). (1)

Retenons qu’il s’agit alors d’un véritable problème de santé publique, surtout dans notre contexte, à cause de ces chiffres élevés et en hausse.

Le taux de prévalence de la DPP dans notre étude est très élevée par rapport à la prévalence rapportée dans différentes études au niveau des pays développés, notamment :

- La méta-analyse de O’Hara et Swain (1996), menées auprès de plus de 12000 femmes, avait mis en évidence que la DPP toucherait en moyenne 13% des femmes.(3)
- Une autre méta-analyse faite par le Collège américain de gynécologie–obstétrique, montrant une prévalence de la DPP à 19.2% chez les parturientes pendant la période de un an du post-partum.(6)

- L'étude menée au CHU de Caen en France, par Audrey Varin et al. (2015), sur un échantillon de 208 femmes, avait trouvé une prévalence de la DPP à 25.5% (25.5% des parturientes avaient un score supérieur à 9/30 à l'EPDS).(53)
- En Suisse, une étude réalisée par M Righetti-Veltima et al. (1998) sur un échantillon de 570 femmes, avait établi une prévalence de 10.2% à l'EPDS.(26)
- L'étude Adam Fiala et al. (2017) au niveau de la république tchèque, avec une prévalence qui varie entre 10 et 13% selon les différentes périodes en utilisant l'EPDS.(18)
- Selon une étude menée au Royaume-Uni par l'Université de Londres, La prévalence de la dépression du post-partum pendant la première année du post-partum est à peu près 14% au niveau des consultations de soins primaires.(34)
- D'autres études en Europe montrent des prévalences similaires: Norvège : 10.1% , Portugal : 3.9 à 17.6% , Pays Bas : 8 à 10%, Suède : 8 à 12.3%.(27– 40 ; 72)
- L'étude de C L. Dennis et al. (2004), sur un échantillon de 594, observait un pourcentage plus élevé avec 29,5% des participantes ayant plus de 9/30 à l'EPDS et une prévalence de 14,6% avec un seuil de 13/30.(6)
- De même pour l'étude de Ferda et al. (2011) en Turquie, avec une prévalence de la DPP de 28.3%.(45)

Cependant, cette prévalence reste similaire à ce qui a été rapporté dans de nombreux pays arabes et pays en développement, en tenant compte de la différence des méthodologies utilisées, des moments d'évaluation et des seuils utilisés pour dépister la dépression du post-partum. Notamment, les études suivantes :

- Une étude en Tunisie, menée par Masmoudi et al. (2014) sur un échantillon de 302 femmes, ayant trouvé une prévalence de la DPP de 19.8% selon l'EPDS.(14)
- En Egypte, l'étude de Mohammad NA et al. (2011) avait établi une prévalence de la DPP à 51.8% .(70)

- En Palestine, l'étude de Khubaib et al. (2014), sur un échantillon de 247 parturientes, montre une prévalence de 17% à l'EPDS.(76)
- L'étude de Alharbi et Abdulghan (2014) en Arabie Saoudite, avec une prévalence de 33.2%
- Une autre étude de prévalence de la DPP, faite au Bahreïn par Al Dallal et Grant (2012) sur un échantillon de 237 femmes, avait établi une prévalence de 37.1%.(52)
- Une revue de la littérature sur la prévalence de DPP dans les pays d'Afrique, faite par Catherine Atuhaire et al. (2020) avait montré une prévalence de la DPP entre 9.2% en Soudan et 50.3% en Afrique du Sud, et jusqu'à 70% dans une étude menée en Egypte, mais la taille d'échantillon de celle-ci était petite.(49)
- En Asie, une grande méta-analyse de 15 895 articles et 58 recherches universitaires incluant un échantillon de 37 294 femmes, menée par S. Shorey et al. (2018) de l'Hopital Universitaire National de Singapore, et incluant tous les moteurs de recherches médicaux (ClinicalTrials.gov, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, and PubMed...) depuis leurs création jusqu'à 2017. Cette recherche a trouvé une prévalence de la DPP à 17%.(44)
- Dans une autre revue de la littérature, menée en Inde en 2017 et validé par l'OMS, sur 38 études et une population de 20 043 femmes, l'estimation combinée globale de la prévalence de la DPP était de 22% (95% IC: 19-25).(12)

En effet, on a pu se rendre compte à travers différentes publications que la prévalence de la DPP était beaucoup plus élevée dans les pays en développement par rapport aux pays développés. (12;13;47-54;85;86) Cela peut être expliqué par le défaut d'information et le manque de connaissances sur cette maladie au niveau des pays en développement, surtout chez les populations de niveau de vie bas. En plus des contraintes socio-économiques, qui peuvent représenter un facteur de risque principal.

Quelques études plus récentes avaient utilisé l'EPDS avec un score ≥ 12 , ou ≥ 13 comme seuil pour la dépression du post-partum, ou bien avaient utilisé 2 seuils (≥ 10 et ≥ 13) pour définir une dépression modérée et une dépression sévère.

Néanmoins, l'utilisation d'un score seuil EPDS ≥ 10 se traduit par une sensibilité plus élevée, avec une légère diminution de la spécificité (4;9;54;73). Ghubash et al. (1997) ont rapporté que la sensibilité et la spécificité étaient respectivement de 73 % et 90 % en utilisant un score seuil de 12 ; et 91 % et 84 % avec un score seuil de 10. Ce dernier semble optimal comme score seuil pour le dépistage de la DPP. Cela permet d'améliorer la sensibilité et détecter les états dépressifs mineurs chez les parturientes de notre population.(60)

Les études transculturelles montrent une variation importante de la prévalence en fonction des pays. Cela est justifié par les différentes méthodes employées pour recueillir les informations et les conditions d'évaluation très diverses, que ce soit les critères diagnostiques, la taille de l'échantillon étudié, la population concernée, la date d'évaluation mais aussi la durée considérée comme pertinente pour le dépistage.

Cependant, tous les auteurs s'accordent à dire que la DPP reste sous diagnostiquée puisqu'elle n'est pas forcément décelée. En effet, peu de femmes déprimées en post-partum consultent ou même parlent de leur ressenti de peur de l'incompréhension ou du jugement d'autrui. A cette réticence s'ajoute l'influence du mythe de la maternité forcément heureuse, aussi bien par l'entourage que par les professionnels de santé. De plus, les accouchées sont généralement toutes atteintes d'une fatigue physiologique causée par la grossesse et l'accouchement, ce qui entraîne une minimisation ou une négligence de ces symptômes dans le post-partum. Tous ces facteurs rendent le diagnostic de la DPP difficile malgré une évolution considérable de l'attention portée à cette pathologie durant ces trente dernières années.

Tableau II : Comparatif de la prévalence de la DPP entre les différentes études

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Prévalence
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	39%
Maroc	Agoub et al.	2005	144	20.1%
Tunisie	R. Cherif et al.	2017	126	19.8%
Egypte	Mohamed NA et al.	2011	110	51.8%
France	Varin et al.	2015	208	25.5%
Etats-Unis	O'Hara et Swain	1996	1200	13%
Suisse	M Righetti-Veltema et al.	1998	570	10.2%
Turquie	Ferda et al.	2011	250	28.3%
Arabie Saoudite	Alharbi et Abdulghan	2014	352	33.2%
Bahreïn	Al Dallal et Grant	2012	237	37.1%
Chine	S. Shorey et al.	2018	37 294	17%
Afrique du Sud	Hung et al.	2014	249	31.7
Etats-Unis	Brenda L. Bauman et al	2018	3265	9.7% – 23.5

2. L'étude des facteurs associés à la DPP

2.1. La situation maritale

Selon notre étude, la grande majorité des femmes célibataires avait une DPP, avec une association significative entre le statut marital et la DPP.

Cela peut être expliqué par le sentiment de solitude que peuvent éprouver les mamans célibataires et par l'absence du soutien social surtout conjugal.

Plusieurs études avaient signalé le statut marital célibataire comme étant un facteurs de risque de la DPP. Tels que l'étude de Reda et al. (2019) en Egypte, de Robertson et al. (2004) au Canada, de Johnstone et al. (2001) en Australie ; de Beck (2001) et Jo Kim et al. (2015) aux Etats-Unis.(12;9;65;70;73)

Tandis que d'autres études, comme celle de Varin et al. (2015) en France, et O'hara et Swain (1996) aux Etats-Unis, n'avaient pas trouvé une association entre le statut marital et la DPP.(2;53)

**Tableau III : Comparatif de l'association entre la DPP
et le statut marital des différentes études**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Canada	Robertson et al.	2004	14000	Oui
Etats-Unis	Jo Kim et al.	2015	22118	Oui
Egypte	Reda et al.	2019	237	Oui
France	Varin et al.	2015	208	Non
Etats-Unis	O'Hara et Swain	1996	950	Non
Finland	Raisanen et al.	2014	511938	Oui

2.2. Le statut socioéconomique

Une étude menée par Segre et al. (2007), sur une population de 4332 femmes ayant récemment accouché, montrent que les trois principales variables définissant le statut socioéconomique sont : le revenu, l'éducation et le statut occupationnel.(22)

Dans notre étude, on trouve que la DPP est significativement associée à l'absence de travail, par contre on ne trouve pas d'association entre le niveau économique, le niveau d'instruction et la DPP.

Les études de Beck (2001) et de O'Hara et Swain (1996) avaient établi tous les deux que des indicateurs tels que le faible revenu, la profession de la mère et un statut social inférieur avaient une relation prédictive faible mais significative avec la dépression du post-partum.(2;9)

De même pour la majorité des études sur la DPP, qui s'accordent sur le fait que les indicateurs comme le faible revenu, l'absence d'emploi, les contraintes financières et plus globalement le statut socioéconomique de la mère seraient faiblement, mais significativement associé à la survenue de la DPP.(16;66;68)

D'autres études internationales avaient montré que le chômage et les contraintes financières étaient fortement associés à la DPP. (16;61;69;70;73)

Que ce soit pendant ou en dehors de la période périnatale, une explication pourrait être que les femmes avec un statut socioéconomique faible doivent souvent faire face de manière chronique à des conditions défavorables, comme par exemple un logement insalubre, un

manque d'accès aux soins de santé, une instabilité professionnelle, et donc une adversité environnementale globale. En période périnatale cette adversité est de fait aggravée puisque s'ajoute à leurs conditions socioéconomiques la présence d'un bébé.

Tableau IV : Comparatif de l'association entre la DPP et le statut socioéconomique des différentes études

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Canada	Robertson et al.	2004	14000	Faiblement associés
Etats-Unis	Beck	2001	1732	Faiblement associés
Tunisie	Masmoudi et al.	2014	302	Oui
Etats-Unis	O'Hara et Swain	1996	1650	Faiblement associés
Inde	Patel et al.	2002	9078	Oui
Maroc	Agoub et al.	2005	144	Non
Chine	Lee DT et al.	2000	330	Oui
Turquie	Goker A et al.	2012	318	Oui
Arabie Saoudite	Ghubash et al.	1997	95	Non

2.3. L'antécédent de pathologies psychiatriques personnels

Dans notre étude, il existe une association significative entre la présence d'antécédents de pathologies psychiatriques (surtout la dépression et les troubles bipolaires) et la DPP.

On peut expliquer ceci par la présence initiale d'une vulnérabilité psychique chez cette population de femmes.

L'histoire psychiatrique personnelle est présentée dans la littérature comme étant un facteur de risque principal dans le développement d'une DPP, et tous les auteurs sont en accord sur le fait que, les femmes ayant un antécédent personnel de dépression, à n'importe quel moment de leur vie, auraient plus de risque de développer une DPP (65;73;105).

Les résultats des grandes méta-analyses internationales (Beck 2001, O'hara et al. 1996, Robertson et al. 2004, Marks et al. 1992) avaient révélé que la présence d'antécédents de dépression ou d'autres manifestations psychiatriques était un prédicteur fort de la DPP, et les femmes qui avaient ces ATCD couraient un risque accru dépression dans la période du post-partum.(73;106)

De plus, selon certains auteurs, 10 à 33% des DPP « seraient la récurrence ou la prolongation d'une dépression déjà présente, bien avant ou pendant la grossesse ».(2;110)

**Tableau V : Comparatif de l'association entre la DPP
et les ATCD psychiatriques personnels**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Canada	Robertson et al.	2004	14000	Oui
Etats-Unis	Beck	2001	1200	Oui
Australie	Johnstone et al.	2001	504	Oui
Etats-Unis	O'Hara et Swain	1996	320	Oui
Suède	Josefsson et al.	2002	1558	Oui
International	Marks et al.	1992	88	Oui

2.4. Les antécédents psychiatriques familiaux

Une association significative a été trouvée entre la présence d'ATCD psychiatriques familiaux et le risque de développer une dépression du post-partum.

L'existence d'antécédents familiaux de pathologie(s) mentale(s) pourrait suggérer une prédisposition génétique et/ou environnementale chez ces femmes, qui représente un facteur de risque important.

Cependant, les études sur les antécédents psychiatriques familiaux montrent quelques discordances:

O'Hara 1996 ne les identifie pas comme des facteurs de risques formels.(2)

Par contre, Johnstone et al. (2001) ont montré un risque accru de DPP chez les parturientes ayant des antécédents familiaux de maladie psychiatrique.(65)

De même, pour Munk-Olsen et al. (2007), la présence de pathologie(s) mentale(s) au sein de la famille augmenterait le risque de survenue de problèmes de santé mentale dans le postpartum précoce, et ce tout spécifiquement si le membre de la famille souffrait de troubles bipolaires.(111)

L'étude de Murphy-Eberenz et al. (2006), portant sur 328 femmes dont au moins une sœur avait comme antécédent psychiatrique une DPP, avait pour objectif d'étudier

spécifiquement le lien entre les antécédents familiaux de DPP et le risque de DPP chez les parturientes. L'étude avait mis en évidence une association très significative.(112)

Deux autres études avaient évalué à la fois les femmes souffrant de DPP et leurs membres de familles, par des entretiens cliniques. On notait une association significative entre l'histoire familiale de dépression ou de maladie psychiatrique et DPP chez les parturientes.(113;114)

Notons qu'au cours de notre étude, l'une des difficultés rencontrées pour établir la présence d'antécédents familiaux de maladies mentales, c'est qu'il fallait que les participantes, sous réserve d'être au courant de leurs membres de la famille ayant des problèmes psychiatriques, soient disposés à bien vouloir révéler ces informations.

Tableau VI : Comparatif de l'association entre la DPP et les ATCD psychiatriques familiaux

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Canada	Steiner M et al.	2002	293	Oui
Etats-Unis	Beck	2001	1400	Oui
Tunisie	Masmoudi et al.	2014	302	Non
Australie	Johnstone et al.	2001	504	Oui
Etats-Unis	O'Hara et al.	1996	1300	Non formel
Palestine	Khubaib A et al.	2014	247	Non
Danmark	Munk-Olsen et al.	2007	>100000	Oui

2.5. L' antécédent de dépression du post-partum

Une association significative a été notée, dans notre étude, entre l'ATCD de DPP au cours d'une grossesse précédente et le risque de récurrence d'un autre épisode de DPP.

Cette association serait, probablement, justifiée par les composantes génétiques et biologiques de cette pathologie et ceux relatifs à une vulnérabilité personnelle.

Les études rapportent de manière cohérente, que les femmes ayant un antécédent de DPP secondaire à une grossesse précédente, courent un risque majeur de révéler une autre DPP lors des grossesses ultérieures (Johnstone et al. 2001; Josefsson et al. 2002).(65;105)

Ce résultat a pu être confirmé par les plus grandes méta-analyses faites sur le sujet, où on trouve que les antécédents de DPP ou de dépression, sont classés parmi les facteurs de risque les plus robustes et les plus prédictifs d'une DPP.

Ainsi, un antécédent personnel de dépression postnatale ou à toute autre période de la vie, augmente significativement le risque de survenue de DPP.

Tableau VII : Comparatif de l'association entre l'ATCD de DPP et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Etats-Unis	Beck	2001	1200	Oui
Suède	Josefsson et al.	2002	1558	Oui
Australie	Johnstone et al.	2001	504	Oui
Etats-Unis	O'Hara et al.	1996	950	Oui
Canada	Robertson et al.	2004	14000	Oui

2.6. L' antécédent de dépression prénatale

Il y avait une association significative entre l'existence de d'une dépression prénatale et la DPP dans notre étude. Ce résultat est concordant avec ceux des études dans la littérature.

Ceci peut être expliqué par la prédisposition des parturientes qui avaient une dépression, au cours de leur grossesse ou juste avant l'accouchement, à décompenser cette dépression en post-partum.

Les symptômes dépressifs au cours de la grossesse ont été également considérés par plusieurs études comme un signe déclarant la précipitation d'une DPP.(65;105;107;108)

Les études de O'Hara et Swain (1996) et de Beck (2001) avaient révélé que l'humeur dépressive pendant la grossesse était un prédicteur modéré à fort de la DPP. Ces résultats ont été reproduits dans un grand nombre d'études ultérieures (Fisher et al. 2012 ; Milgrom et al. 2008 ; Austin MP et al. 2007...).(12;94;65;105;109)

L'étude d'Andersson et al. (2006), menée sur un échantillon de 1555 femmes, pour évaluer spécifiquement les troubles dépressifs en anténatal, comme étant un facteur de risque potentiel de la DPP. Ils avaient trouvé une forte corrélation entre les deux.

D'après une autre étude, sur les facteurs prédictifs de la DPP et ses modalités de prévention, réalisée par Tychey et al. (2002), il apparaîtrait que plus de 52% des femmes ayant des symptômes dépressifs en prénatal, présentaient aussi une dépression en postnatal.(103)

Tableau VIII : Comparatif de l'association entre la dépression prénatale et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Etats-Unis	Beck	2001	1200	Oui
Suède	Andersson et al.	2006	340	Oui
Australie	Milgrom et al.	2008	40333	Oui
Etats-Unis	O'Hara et al.	1996	1400	Oui
Royaume-Uni	Heron et al.	2004	8323	Oui
Inde	Fisher et al.	2012	112 pays	Oui

2.7. Le Blues du post-partum

On note une association significative entre le Blues du post-partum et la DPP dans notre étude.

Un post-partum blues sévère pourrait également annoncer la survenue d'une DPP. Plusieurs méta-analyses avaient confirmé qu'il s'agissait aussi d'un facteur prédictif de la DPP, dont l'intensité apparaît corrélée à l'apparition et à l'intensité de la dépression du post-partum. C'est particulièrement la sévérité de ce post-partum Blues, mesurée par des scores élevés à l'EPDS les premiers jours après l'accouchement, qui constitue l'élément prédictif de cette évolution.

2.8. Le manque du soutien social

Les facteurs de type psychosocial et affectif s'avéraient significativement associés à la DPP dans notre étude, notamment une mauvaise relation familiale et conjugale, avec absence d'aide et de soutien social, et l'isolement et l'éloignement familial.

Ces facteurs relatifs à l'environnement social de la mère représentent une instabilité sociale et émotionnelle qui pourrait être un facteur de risque majeur. Le soutien du partenaire et plus globalement de la famille, est donc important, parce que les mères comptent

essentiellement sur ce réseau, et quand ce soutien est adéquat, il va prodiguer un réconfort d'une part et une aide concrète dans les soins liés à l'enfant ou encore dans les tâches ménagères, ce qui joueraient un rôle de « tampon » et aideraient les femmes à se sentir moins déprimées en post-partum.

Dans la société marocaine, comme dans d'autres pays arabes et d'Afrique, on trouve de nombreuses traditions et coutumes pratiquées après la naissance. Par exemple, la parturiente reste chez sa propre mère, une période après la naissance, et reçoit de sa mère et de ses sœurs de l'aide pour prendre soin d'elle et de son bébé. Parfois, la nouvelle maman reste chez elle et sa mère vient s'installer chez elle pour l'aider. Cette aide fait partie du soutien social dont la parturiente aurait vraiment besoin durant cette période. Dans les pays arabes particulièrement, le rôle de la famille large est puissant, et la grand-mère aurait un rôle important après la naissance.

Or, la qualité de la relation conjugale est aussi un facteur associé à la détresse psychologique, même chez les femmes en dehors de la grossesse.(104)

Ces facteurs sont bien établis par la majorité des auteurs pour expliquer l'exacerbation des symptômes dépressifs en post-partum, notamment dans les études de Ghubash et al. (1997), Johnstone et al. (2001), Whiffen (1988), O'Hara et Swain (1996), Beck (2002), Capponi et al. (2007). (2;9;10;25;60;65;93)

Selon Webster et al. (2011), la période périnatale est reconnue comme étant une période de grande vulnérabilité psychologique au cours de laquelle le manque de soutien social peut avoir des répercussions importantes sur la détresse psychologique maternelle. (88)

Dennis et Ross (2006) avaient montré que les symptômes dépressifs à 8 semaines du post-partum sont augmentés par une perception basse d'un soutien de la part des « personnes significatives ».(62)

Il semble donc que l'entourage direct de la mère joue un rôle majeur pour celle-ci dans la manifestation d'une dépression du post-partum. Ces facteurs environnementaux sont toutefois non spécifiques à la DPP, mais il a été mis en évidence que ces facteurs d'influence, qui associés

à d'autres, peuvent favoriser l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive dans le post-partum. Et surtout le degré de soutien social dont dispose la mère, notamment le soutien qu'elle reçoit du mari, et le degré de satisfaction conjugale pendant la grossesse (90;102;103).

Tableau IX : Comparatif de l'association entre le soutien social et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Etats-Unis	Vanessa R. et al.	2007	16300	Oui
Maroc	Agoub et al.	2005	144	Oui
Australie	Milgrom et al.	2008	40333	Oui
Etats-Unis	O'Hara et al.	1996	950	Oui
France	Bales et al.	2015	420	Oui
Tunisie	Masmoudi et al.	2014	302	Oui
Palestine	Khuabaib et al.	2014	247	Oui

2.9. La présence d'événements traumatisants au cours des 12 mois précédents

Dans notre étude, on trouve qu'il existe une association significative entre la présence d'événements stressants antérieurs, durant les 12 mois précédents et l'apparition d'une dépression du post-partum. Ces événements traumatisants pouvant être soit le décès d'un proche, une maladie grave chez la maman ou chez une personne chère, un licenciement, une séparation..., apparaissant avant, pendant ou après la grossesse.

Ce facteur semble accroître significativement le risque de développer une dépression du post-partum, selon plusieurs auteurs. (3;9;100;101)

2.10. La déception à l'annonce du sexe du bébé

On note une forte association entre la déception à l'annonce du sexe du bébé et la présence d'une DPP.

Bien que des études menées dans les sociétés occidentales n'avaient trouvé aucune association entre le sexe de bébé et la DPP. Avoir un bébé de sexe féminin pourrait être un facteur de risque de la DPP dans certains pays arabes et en développement. Comme, par exemple, dans l'étude de Saleh et al. (2012) en Egypte et l'étude de Mohammad KI. et al. (2011) en Jordanie.(70;119)

D'autres études en provenance d'Inde (Patel et al. 2002) et de la Chine (Lee et al. 2000), suggèrent que la déception sur le sexe du bébé, en particulier s'il s'agit d'une fille, est significativement associé au développement d'une dépression du post-partum.(16;68)

Ce facteur s'avère associé à la DPP dans notre étude, à l'exception du fait qu'on avait seulement demandé à nos parturientes, si elles étaient satisfaites ou non, du sexe du bébé, sans rentrer dans le détail de quel était spécifiquement le sexe désiré avant la grossesse. Toutefois, seulement 15% des parturientes de notre échantillon rapportaient cette situation et 85% affirmaient qu'elles étaient satisfaites ou bien disaient qu'il n'y avait aucune différence.

La réaction des parents à l'annonce du sexe du bébé, pourrait être un facteur de stress au sein de certains groupes culturels, du fait des attentes et des exigences sociales. Surtout chez des jeunes mamans primipares ou chez des parturientes âgées.

Tableau X : Comparatif de l'association entre le sexe du bébé et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Egypte	Saleh et al.	2012	120	Oui
Inde	Patel et al.	2002	9078	Oui
Etats-Unis	O'Hara et al.	1996	920	Non
Chine	Lee et al.	2000	330	Oui
Jordanie	Mohammad Ki et al.	2011	353	Oui
Palestine	Khuabaib et al.	2014	247	Non

2.11. L'absence d'allaitement maternel

L'absence d'allaitement maternel était associée au risque de survenue de la DPP dans notre étude.

Il existe un consensus sur le rôle protecteur de l'allaitement naturel au niveau psychologique, vu qu'il est bien établi dans la littérature, son rôle primordial, dans la construction et le développement de la relation mère-enfant.

En contrepartie, on pourrait aussi considérer tout simplement, que les mamans déprimées, allaitent moins souvent leurs enfants, du fait de la DPP qui interfère avec le rôle maternel.

Les preuves relatives à l'allaitement en tant que facteur de risque potentiel sont équivoques.

Warner et al. (1996) avaient trouvé que le fait de ne pas allaiter était significativement associé à la DPP. Hannah et al. 1992 avaient confirmé ces résultats dans un échantillon de 2375 femmes.(66;99)

Cependant, selon les études de Forman et al. (2000) et Stowe et al. (1995), l'allaitement n'apparaît pas comme un facteurs de risque de survenue d'une DPP.(115;120)

Dans les pays en développement, l'allaitement maternel était associé à des taux plus faibles de DPP dans de nombreuses études (Fisher et al. 2012)(12). Quatre études dans des pays arabes ont rapporté que les femmes qui allaitaient leurs enfants étaient moins susceptibles de développer une DPP que celles qui utilisaient des préparations lactées.(13;54;99) En revanche, deux études n'ont rapporté aucune association entre les deux.(1;76)

Tableau XI : Comparatif de l'association entre l'absence de l'allaitement maternel et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
EAU	Hamdane et al.	2011	137	Oui
Qatar	Benet et al.	2012	2000	Oui
Egypte	Saleh et al.	2012	120	Oui
Egypte	Reda et al.	2019	237	Non
Danemark	Forman et al.	2000	5292	Non
France	Sage et al.	2014	220	Oui
Suède	Seimyr et al.	2004	190	Oui
Royaume-Uni	Warner et al.	1996	2375	Oui

2.12. Une grossesse non planifiée et non désirée

On trouve une forte association entre la grossesse non planifiée et non désirée et la DPP dans notre étude.

Ce paramètre est prévalent dans la littérature, et bien appuyé par la majorité des auteurs. Une grossesse non désirée et/ou l'absence de planification de la grossesse augmenterait significativement le risque de survenue de DPP.(9;10;12;14;52;53;66...)

Beck (2001) avait examiné l'effet d'une grossesse non planifiée et non désirée sur le développement de la DPP et avait trouvé un lien significatif entre les deux.(9)

Ces résultats ont été appuyés par Warner et al. (1996), qui ont trouvé une relation significative entre une grossesse non planifiée et la présence d'une dépression à 6 semaines post-partum.(66)

Mercier et al. (2013) avaient montré également que les femmes présentant une grossesse non planifiée ou non désirée avaient 2 fois plus de risque de présenter une dépression à 3 mois post-partum et 3 fois plus de risque de présenter une dépression à 1 an post-partum.(117)

Cependant, on peut trouver certaines auteurs qui soutiennent le contraire.(1;30;54)

Une grossesse non planifiée ou non désirée, en tant que facteur de risque de DPP doit être interprétées avec prudence, puisqu'il ne s'agit pas des sentiments de la femme envers le bébé après la naissance, mais simplement par rapport aux circonstances dans lesquelles la grossesse s'est produite.

Tableau XII : Comparatif de l'association entre la grossesse non planifiée non désirée et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Maroc	Agoub et al.	2005	144	Non
Egypte	Reda et al.	2019	237	Oui
Tunisie	Masmoudi et al.	2014	302	Oui
Etats-Unis	Beck et al.	2001	1200	Oui
Liban	Chaaya et al.	2002	396	Non
Inde	Fisher et al.	2012	112 pays	Oui
Royaume-Uni	Warner et al.	1996	2375	Oui

2.13. L'accouchement par césarienne et l'accouchement avec intervention obstétricale instrumentale

Le mode d'accouchement par césarienne et l'accouchement par intervention obstétricale instrumentale étaient tous les deux significativement associés à la DPP.

Ces résultats pourraient être expliqués par l'altération physique qu'entraîne ces complications obstétricales, ce qui peut décompenser l'humeur dépressive les jours suivants l'accouchement et précipiter une DPP les semaines d'après.

Plusieurs études avaient souligné le rôle possible des complications obstétricales de l'accouchement sur la DPP.(3;115) Cependant, selon O'Hara (1996), les recherches sur les facteurs obstétriques ont fait état de résultats hétérogènes et contradictoires, certaines études infirmant l'influence de ces variables et la plupart des études concluent à un impact faible à modéré des facteurs obstétricaux sur l'apparition d'une DPP, et ce, en fonction des variable étudiées et des méthodes considérées.(2)

Une étude de cohorte menée par Blom et al. (2010) avait montré, au sein d'un échantillon de 4941 femmes enceintes, que plusieurs complications obstétricales étaient significativement associées à la présence d'une DPP, par ordre décroissant d'importance, on trouve : une pré-éclampsie; une césarienne en urgence; une suspicion de détresse fœtale ; une extraction instrumentale et une hospitalisation du bébé dès la naissance. Selon leurs résultats, le risque d'apparition d'une DPP augmente suivant le nombre de complications périnatales subies par la femme.(30)

D'autres études n'avaient pas trouvé de liens significatifs entre les facteurs obstétricaux et la DPP, tels que l'étude de Forman et al. (2000) et l'étude de Warner et al., (1996) et l'étude de Johnstone et al. (2001).(65;66;115).

La césarienne est considérée, selon certains auteurs, comme un facteur de grand stress et d'inquiétude au décours des jours de sa réalisation. Pouvant occasionner une dépression du post-partum, voire même un trouble de stress post-traumatique (PTSD) dans les formes pathologiques.(11)

Certaines études avaient abordé de manière plus spécifique la question de la césarienne et sa relation avec la DPP : Boyce et al. (1992) avaient trouvé une forte corrélation entre la césarienne et l'apparition d'une DPP. Dans cette étude, les femmes qui avaient subi une césarienne en urgence avaient 6 fois plus de risque de présenter une DPP.(116)

D'autres auteurs n'ont par contre pas montré d'association significative avec la DPP que la césarienne soit programmée ou en urgence, dont la revue de littérature de Carter et al. (2006).(117)

Parmi les facteurs obstétricaux, une variété de complications durant la grossesse (pré-éclampsie, menace d'accouchement prématuré...) de même que de complications de l'accouchement (césarienne, extraction instrumentale, naissance prématurée...) qui ont été examinées comme facteurs de risque potentiels d'apparition d'une DPP. Les résultats sont hétérogènes et ces disparités peuvent être en partie expliquées par des différences méthodologiques d'évaluation. Certaines variables mesurées pourraient aussi être influencées par des variables externes, par exemple, les procédures utilisées par les professionnels peuvent varier selon le lieu d'exercice (Robertson et al. 2003).(73)

Néanmoins, les troubles d'humeur suite à des complications gravidiques et de l'accouchement semblent être plus d'ordre transitoire que d'un mal-être perdurant dans le temps. La durée et la force de ce mal-être viendront majorer une fragilité déjà présente chez la parturiente.

Tableau XX : Comparatif de l'association entre l'accouchement par césarienne et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Etats-Unis	A Houston et al.	2015	3500	Oui
Egypte	Saleh et al.	2012	120	Non
Canada	Hannah et al.	1992	217	Oui
Turquie	Asli Goker et al.	2012	318	Non
Liban	Chaaya et al.	2002	396	Oui
France	Varin et al.	2015	208	Oui
Danemark	Forman et al.	2000	5292	Non
Nouvelle-Zélande	Carter et al.	2006	27000	Non

Tableau XXX : Comparatif de l'association entre l'accouchement instrumental et la DPP

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Association
Notre étude	Sahir et al.	2021	200	Oui
Maroc	Agoub et al.	2005	144	Non
Australie	Boyce et al.	1992	192	Oui
Qatar	Bener et al.	2012	2000	Oui
Danemark	Forman et al.	2000	5292	Non
Pays-Bas	Bloom et al.	2010	4941	Oui
Suède	Josefsson et al.	2002	396	Non

2.14. L'insatisfaction de la grossesse

Presque un quart des femmes interrogées étaient insatisfaites du déroulement de leur grossesse, et l'association entre une mauvaise expérience de la grossesse et la DPP est ressortie significative dans notre étude.

Ce rapport est également repris dans la revue de la littérature de E. Robertson (2004).(73)

De même, pour l'étude Varin et al. (2015), où un moyen-mauvais vécu de l'accouchement était indépendamment lié au risque de DPP, les femmes à risque étaient presque trois fois plus représentées parmi les parturientes qui n'avaient pas eu un bon vécu de leur accouchement.

Dans la littérature, nous retrouvons l'idée que les conditions dans lesquelles l'accouchement s'est déroulé peuvent influencer sur l'humeur de la mère au long court. Effectivement, l'accouchement est un moment unique dans la vie d'une femme. Si celui-ci ne répond pas aux attentes de la femme, cette dernière peut en être affectée de manière plus ou moins importante et même durable.

Cependant, les femmes déprimées dans notre étude, pouvaient simplement avoir des propos négatifs, sur l'expérience antérieure de la grossesse, à cause de leur humeur dépressive au moment présent.

2.15. L'absence d'actions éducatives à visé préventive sur la DPP

Dans notre étude, seulement 15% des femmes de notre échantillon avaient bénéficié d'actions informatives et éducatives à visée préventive sur la maladie de la DPP, de la part d'un

professionnel de santé, ce qui est non négligeable. Pour le reste (85%), la majorité n'avait jamais entendu de la maladie. Certaines femmes avaient quelques informations sur le sujet, venant principalement de l'entourage et des proches, et les femmes avaient des difficultés à différencier la DPP du Baby-blues.

Notons que dans notre analyse bi variée, nous avons constaté une association significative ($p=0.028$) entre l'absence d'actions informatives et éducatives par les professionnels de santé sur la maladie de la DPP et son incidence dans notre population.

On pourrait alors considérer que l'action préventive faite par les professionnels de santé pourrait représenter un facteur protecteur contre la DPP, et en revanche, l'ignorance des parturientes de cette maladie pourrait être considérée comme un facteur de risque potentiel de sa survenue.

Dans la littérature, ces variables comme étant facteur de risque de DPP ont été peu et pas clairement évaluées.

Nous avons pu trouver l'étude d'Elliott et al. (1988), qui ont montré que des informations données pendant la grossesse concernant les aspects concrets de la vie avec un bébé, une préparation à la parentalité et des informations sur la DPP permettraient de réduire la prévalence des DPP au sein d'un groupe de parents « vulnérables » et notamment chez les primipares.(124)

Une autre étude retrouvée, est celle de D. Nielsen et al. (2000), déclarant l'absence de séances d'éducation et de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) comme étant un facteur de risque de DPP.(115)

Selon Matthey et al. (2004), certaines interventions qui viendraient s'ajouter aux séances de PNP et qui porteraient sur les problématiques psychosociales liées au fait de devenir parent, avaient montré des résultats significatifs, et surtout chez les femmes présentant une faible estime de soi.(125)

Il est alors essentiel que les femmes soient informées sur l'existence de cette pathologie, ses signes cliniques identifiables et ses facteurs précipitants, et notamment bénéficier d'une prise en charge spécifique et précoce. Et ca reste la responsabilité des professionnels de la

santé, de toutes les disciplines et surtout ceux en contact continu avec les femmes en période périnatale, de remédier à ce défaut d'information, de déstigmatiser, et de prévenir et dépister le plus tôt possible.

Il était important de mettre ce chapitre, pour discuter ce paramètre et le considérer comme étant un facteur de risque potentiel de la DPP parmi les autres facteurs de risque déjà établis, et insister sur le fait qu'il existe un manque d'information très important sur cette maladie par les parturientes et par les professionnels de santé. Ce qui est un vrai problème de la santé publique dans notre population

CONCLUSION

La prévalence des femmes à risque de DPP dans notre population était à 39%, un pourcentage non négligeable, qui représente un problème majeur de la santé publique et qui dépasse la plupart des études qu'on trouve dans la littérature au niveau des pays développés et même par rapport à d'autres pays en développement du continent africain et de la région du Moyen-Orient. Et 20 facteurs s'avéraient associés à la DPP dans notre étude:

- a. Le statut marital : divorce, séparation, décès
- b. Le travail : situation professionnelle instable, chômage, femme au foyer
- c. L'histoire personnelle de maladie psychiatrique : troubles dépressifs, anxieux et bipolaires
- d. Antécédents familiaux de maladies psychiatriques
- e. L'antécédent de dépression du post-partum liée à une grossesse précédente
- f. L'antécédent d'une dépression en prénatal pendant la grossesse actuelle
- g. Le présence d'un Baby Blues d'intensité sévère
- h. L'isolement et l'éloignement familial
- i. Une mauvaise relation familiale
- j. L'absence d'aide et de soutien de la famille
- k. Une mauvaise relation conjugale
- l. L'absence d'aide et de soutien par le mari
- m. La présence d'événements stressants au cours des 12 mois précédents
- n. Un sexe du nouveau-né non désiré par la maman
- o. L'absence d'allaitement maternel
- p. Une grossesse non planifiée et non désirée
- q. Un accouchement par césarienne
- r. Un accouchement instrumental difficile
- s. L'insatisfaction du déroulement de la grossesse
- t. L'absence d'actions informatives et éducatives à visé préventive sur la DPP de la part des professionnels de la santé

Les résultats de notre étude concernant les facteurs associés à la survenue d'une symptomatologie dépressive postnatale vont généralement dans le sens des résultats des principales méta-analyses (Beck, 2001 ; O'Hara et Swain, 1996 ; Robertson et al. 2004).(2;9;73)

Les facteurs de risque de DPP recensés dans la littérature internationale s'avèrent très nombreux et variés selon les méthodologies utilisées (Robertson et al., 2004).(73)

Cependant, il est important de se rappeler, lors de l'interprétation des études sur les facteurs de risque des maladies psychiatriques, qu'il est fort probable qu'il n'y ait pas une cause unique, mais plutôt un certain nombre de facteurs qui interagissent entre eux et jouent un rôle dans le développement de la dépression post-partum.

Les études génétiques et biologiques des troubles de l'humeur indiquent qu'il s'agit de maladies complexes, et même si un individu a une vulnérabilité génétique ou une prédisposition à développer une dépression, il doit y avoir des facteurs psychosociaux et environnementaux qui interagissent pour provoquer la maladie (Dubovsky et Buzan, 1999.(126) Bien que la grande majorité des méta-analyses se sont concentrée sur les facteurs de risque non biologiques, il est nécessaire de considérer le poids important des ces variables dans la manifestation de la dépression post-partum.

Cette étude de nature quantitative tente d'identifier l'ampleur de la pathologie dépressive chez les femmes en post-partum et de noter les quelques facteurs pouvant contribuer à son développement. Des études futures pourraient envisager de recourir à des études de type qualitatif pour mieux comprendre la causalité de cette pathologie, et une analyse spécifique et détaillée de chaque facteur et son impact direct sur la maladie, en plus de l'interaction de ces facteurs dans le cadre d'une étiologie multifactorielle complexe.

Par ailleurs, nous avons pu constater deux éléments intéressants sur l'information relative à la DPP, étant une carence dans la diffusion de celle-ci par les professionnels de santé et un manque de connaissances important chez les femmes et le souhait nettement exprimé de celles-ci, que le sujet soit davantage détaillé et expliqué lors de notre entretien avec elles, et on tend à supposer qu'elles souhaiteraient plutôt un temps d'écoute et d'échange, comme dans le

cas des séances la PNP au niveau des pays développés, et le positionnement des professionnels vis-à-vis de cet intérêt mérite d'être interrogé.

Les femmes à recours au système de soins et en contact continu avec les professionnels de la santé pour le suivi de la grossesse, est une véritable opportunité pour la mise en place d'une prévention et d'un dépistage. En matière de prévention, nous pourrions commencer par compenser la carence actuelle en dispensant des informations sur la DPP. Rappelons que 85% des mères dans notre étude n'avaient jamais été informées sur la maladie de la DPP.

En ce qui concerne le dépistage, il existe l'EPDS qui est un moyen simple et rapide de circonscrire les femmes à risque de DPP. Nous avons pu remarquer que celle-ci était bien acceptée par les femmes dans notre étude, et permettait d'ouvrir le dialogue sur la DPP et d'amorcer une diffusion d'information, en expliquant pourquoi nous réalisons ce dépistage.

Cet outil pourrait alors apporter aux professionnels de santé un prétexte pour entamer la discussion sur la DPP, sujet qui reste encore difficile à aborder.

RECOMMENDATIONS

I. Formation – Information des professionnels de santé

La prévention va se faire essentiellement par les professionnels de la santé qui seront en contact direct avec les femmes tout au long de la période périnatale. Notamment, les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les pédiatres. Ces derniers doivent, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, promouvoir un accompagnement à la santé (physique et psychique) le mieux adapté aux besoins de chaque femme en période périnatale, avec une continuité et une cohérence du suivi autour d'elle.

Cela, marque l'importance de sensibiliser ces professionnels de santé, sur la santé mentale en post-partum :

- En proposant une formation continue des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes
- En intégrant cette formation aussi à la médecine de famille.
- En développant les compétences des professionnels de santé pour la conduire un « entretien de dépistage ».
- En développant les services de santé proposant une prise en charge appropriée des besoins des femmes durant la période périnatale.
- Il est recommandé de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé :
- qui favorise une collaboration interdisciplinaire et une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.
- qui organise un partage, entre les différents professionnels, des informations médicales, psychologiques et sociales. Ces informations doivent être également accessibles à la femme.

Ces règles de transmission interprofessionnelle d'informations, permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux.

II. Dépistage

1. Dépistage en anténatal

Les consultations prénatales représentent un moment idéal pour évaluer l'environnement de la femme et pour repérer des patientes à risque de DPP.

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de la maman et de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés.

La durée et la fréquence des séances doit être suffisante pour donner des informations, permettre le développement des compétences, avec une planification personnalisée des séances en fonction des besoins de chaque femme ou couple.

L'effet préventif des séances de PNP a été démontré sur la DPP lorsque les interventions sont précoces et prolongées, en particulier en cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés. Cependant, nous savons que toutes les femmes, dans notre contexte, ne bénéficient pas de ces séances.

1.1. L'entretien prénatal précoce

Il doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes vers le 4ème mois de la grossesse. Cet entretien fait partie des séances de PNP et est le moment idéal pour repérer les facteurs de risque et les situations de vulnérabilité psycho-sociale. Il permet d'évoquer les questions mal ou peu abordées, lors des examens médicaux et d'anticiper et prévenir les troubles dépressifs périnataux.

Parmis les objectifs généraux de cet entretien :

- Anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;
- Compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
- Définir pour chaque femme et couple, les contenus essentiels à aborder lors des séances proprement dites de « Préparation à la Naissance et à la Parentalité »
- Encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.
- Favoriser une meilleure coordination des professionnels et de consolider la confiance des futurs parents dans le système de santé.

2. Dépistage en postnatal

2.1. L'entretien postnatal précoce

Il est parfois compliqué de revoir les patientes une fois qu'elles sont sorties de la maternité, avec une moins bonne observance notamment de la consultation postnatale. Cela peut être dû aux problèmes d'accès aux soins en période postnatale ou bien le problème des patientes qui négligent ou oublient de venir à leur consultation postnatale.

Le passage en services de suites de couches à la maternité étant certain pour la grande majorité des patientes ainsi que l'examen pédiatrique, il faudrait à ce moment-là faire le dépistage à l'aide d'un EPDS et de s'assurer qu'elles ont et/ou leur donner des informations sur la DPN.

La diffusion de l'EPDS durant le séjour en suites de couches, surtout aux patientes touchées par le Baby blues d'une particulière intensité pourrait révéler le début d'une DPN précoce.

Il faudrait ainsi, profiter de cette période où la femme est en contact avec un ensemble de professionnels impliqués en périnatalité, comme les séances postnatales, le suivi postnatal précoce à domicile par la sage-femme ou l'infirmier, les consultations pour la vaccination, l'examen pédiatrique...

2.2. La consultation postnatale

Le pic de fréquence de la DPP est situé entre la 6^{ème} et la 9^{ème} semaines après l'accouchement, alors ce moment est privilégié pour faire un test de dépistage.

La consultation postnatale a des objectifs spécifiques et doit être maintenue dans les 6 à 8 semaines suivant la naissance (selon les recommandations de l'OMS et la HAS) :

- discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale
- encourager la femme à parler de la qualité de la relation avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent
- rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente.
- aborder avec tact des questions sur la relation conjugale et l'intimité du couple ainsi que les difficultés éventuelles.

Ces moyens appliqués à ces moments clés auront un rôle capital dans la prévention, le dépistage et la prise en charge précoces de la DPP.

III. Education des femmes en période périnatale

La culpabilité d'être « la maman déprimée » ou « la mauvaise mère » durant cette période, censée être forcément heureuse, obligent les parturientes à minimiser et à réprimer leurs sentiments. Pour cela, les professionnels de santé doivent aborder systématiquement ce sujet avec leurs patientes en consultation postnatale et en anténatal surtout, où les patientes seraient le plus en mesure de recevoir toutes les informations sur la DPP.

Il est nécessaire que toutes les patientes en période périnatale aient conscience de cette pathologie et ses conséquences, et doivent bénéficier d'un dépistage et d'une prise en charge le plus tôt possible.

RÉSUMÉS

Résumé

L'objectif principal de cette étude était de mesurer la prévalence de la dépression du post-partum (DPP), évaluée par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), et chercher à identifier les facteurs associés à sa survenue dans notre contexte. Pour ce fait, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive et analytique de type transversal auprès de 200 femmes pendant la première année du post-partum, au niveau des centres de santé de Marrakech.

La prévalence de la DPP était de 39%, et les facteurs qui s'avéraient associés à un score élevé à l'EPDS dans notre analyse sont le statut marital célibataire, l'absence d'emploi, l'histoire personnelle de maladies psychiatriques, l'histoire familiale de maladies psychiatriques, l'ATCD de dépression du post-partum (DPP), l'ATCD de dépression prénatale, la présence d'un Blues du post-partum, l'isolement et l'éloignement familial, une mauvaise relation familiale, l'absence d'aide et de soutien familial, une mauvaise relation conjugale, l'absence d'aide et de soutien conjugal, la présence d'événements stressants au cours des 12 mois précédents, un sexe du nouveau-né non désiré par la maman, l'absence d'allaitement maternel, une grossesse non planifiée et non désirée, l'accouchement par césarienne, l'accouchement instrumental, l'insatisfaction du déroulement de la grossesse et l'absence d'actions informatives et éducatives à visé préventive sur la DPP par les professionnels de santé.

Les conséquences sévères de la DPP sur la femme et sur le nouveau-né sont préoccupantes et viennent confirmer l'intérêt majeur d'identifier les facteurs de risque potentiels d'une telle affection.

Il existe une littérature conséquente sur la dépression postnatale qui s'est principalement concentrée sur l'étude des divers facteurs de risque, afin de mieux cibler les patientes à risques et d'améliorer les interventions de prévention, de dépistage et de prise en charge. De très nombreux travaux de qualité ont été publiés, notamment sur de larges échantillons. Bien que

ces méta-analyses et études sur grandes cohortes ont ouvert la voie à un champ de recherche important sur les facteurs de risque de la DPP, les travaux existants apportent aussi des résultats hétérogènes quant au poids relatif de chaque facteur de risque. Les disparités méthodologiques sont les premiers évoqués pour rendre compte de cet état de fait.

Il reste encore de la place pour la recherche afin de déterminer davantage de facteurs de risque de cette maladie mentale, y compris les déséquilibres hormonaux qui peuvent survenir après la naissance. De plus, les travaux futures pourraient envisager de recourir à des études de nature qualitatives et considérer l'impact individuel potentiel de chaque facteur de risque ainsi que les interrelations complexes des facteurs et les processus sous jacents au sein de modélisations théoriques multifactorielles qui pourraient expliquer la survenue de problèmes de santé mentale chez les femmes au cours de la période périnatale.

Cependant, notre étude avait réussi à souligner l'ampleur de la morbidité psychiatrique dépressive chez les femmes en post-partum, et signaler le manque réel de connaissance relatif à la DPP chez les femmes dans notre contexte, ainsi qu'un défaut d'information sur la DPP de la part du corps médical.

Le travail multidisciplinaire est essentiel pour entreprendre des mesures préventives, dépister et diagnostiquer précocement, et prendre en charge de façon adaptée la dépression du post-partum. Les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues sont autant d'intervenants indispensables dans leur prise en charge.

Enfin, les programmes et les dispositifs axés sur la fourniture de soins holistiques aux femmes lors de la puerpéralité sont essentiels, et l'intégration de l'éducation à la santé mentale dans les discussions sur la santé périnatale et surtout pendant la période postnatale, ainsi que l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires améliorera non seulement la qualité de vie de la femme, mais également celle de son bébé et de sa famille et, à long terme, de la société.

Abstract

The main objective of this study was to measure the prevalence of postpartum depression (PPD) using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and seek to identify its potential risk factors in our context. For this reason, we carried out a descriptive and analytical observational study of a transversal type, including 200 women during their first year of postpartum period, at the primary healthcare centers of Marrakech.

The prevalence of PPD was 39%, and the factors that were found to be associated with a high EPDS score in our analysis are single marital status, unemployment, personal history of psychiatric illness, family history of psychiatric illnesses, history of a postpartum depression (PPD), prenatal depression, the presence of a Postpartum Blues, isolation and family estrangement, bad family relationship, absence of help and support of the family, poor marital relationship, absence help and support of the partner, the presence of stressful events during the previous 12 months, gender disappointment, not breastfeeding, unplanned and unwanted pregnancy, cesarean delivery, operative vaginal delivery, dissatisfaction with the pregnancy and the absence preventive actions on PPD on the part of healthcare professionals.

The severe consequences of PPD on the women and the infants are worrying and substantiate the major interest in trying to identify potential risk factors for such a condition.

There is a substantial literature on postnatal depression which has mainly focused on studying various risk factors of PPD, in order to better target patients at high risk and improve prevention, screening and management interventions. A great deal of quality work has been published, especially on large samples, and although these meta-analyzes and large cohort studies have opened the way to a large field of research on the risk factors of PPD, the existing literature also provides heterogeneous results regarding the relative impact of each risk factor on the occurrence of PPD. Methodological disparities are the first to account for this state of affairs. There is still room for research to establish additional risk factors for this mental illness,

including the hormonal imbalance that occurs during this period. In addition, future work could consider using studies of a qualitative nature and consider the individual impact of each risk factor as well as the complex interrelation of underlying factors and processes within multifactorial theoretical models that could explain the occurrence of mental disorders in women during the perinatal period.

Nevertheless, our study had succeeded in highlighting the extent of depressive psychiatric morbidity in postpartum women, and pointing out a real lack of awareness about PPD, for women in our context, as well as a lack of information on the PPD from the medical professionals.

Multidisciplinary work is essential to undertake preventive measures, detect and diagnose early, and manage postpartum depression appropriately. Obstetricians – gynecologists, midwives, general practitioners, psychiatrists and psychologists are all essential intervenients in their practice.

Finally, programs that are focused on providing holistic care to women during the puerperium are essential, and the integration of mental health education in discussions on perinatal health and especially during the postnatal period, as well as integrating mental health into primary health care will improve not only a woman's quality of life, but also that of her baby and her family and, in the long run, of society.

ملخص

كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو قياس انتشار اكتئاب ما بعد الولادة، الذي تم تقييمه بواسطة مقياس إدنبرة، ودراسة عوامل الخطر المحتملة في سياقنا. لهذا، أجرينا دراسة وصفية وتحليلية بالملاحظة للنوع المقطعي مع 200 امرأة خلال السنة الأولى بعد الولادة، على مستوى المراكز الصحية في مراكش.

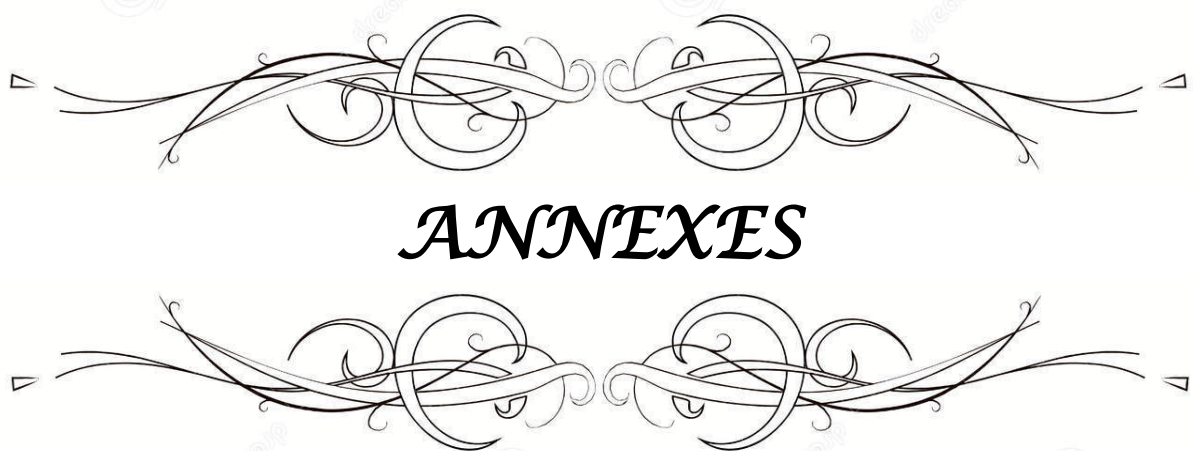
كان معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة 39٪، والعوامل التي وُجدت مرتبطة باكتئاب ما بعد الولادة في تحليلنا كانت الحالة الاجتماعية عازبة، وعدم التوظيف، والتاريخ الشخصي للأمراض النفسية، والتاريخ العائلي للأمراض النفسية، وتاريخ اكتئاب ما بعد الولادة، وتاريخ الاكتئاب ما قبل الولادة، العزلة والغربة الأسرية، ضعف العلاقة الأسرية، نقص مساعدة الأسرة ودعمها، ضعف العلاقة الزوجية، نقص المساعدة والدعم الزوجي، وجود أحداث مرهقة في السنة السابقة، جنس المولود غير المرغوب فيه، وغياب الرضاعة الطبيعية، والحمل غير المخطط له وغير المرغوب فيه، والولادة القيصرية، والولادة بالأدوات، وعدم الرضا عن مسار الحمل وغياب الإجراءات التنقيفية والتعليمية بهدف وقائي من قبل المتخصصين في الصحة.

إن العواقب الوخيمة لاكتئاب ما بعد الولادة على النساء والأطفال حديثي الولادة مثيرة للقلق وتؤكد الاهتمام الرئيسي في تحديد عوامل الخطر المحتملة لمثل هذه الحالة.

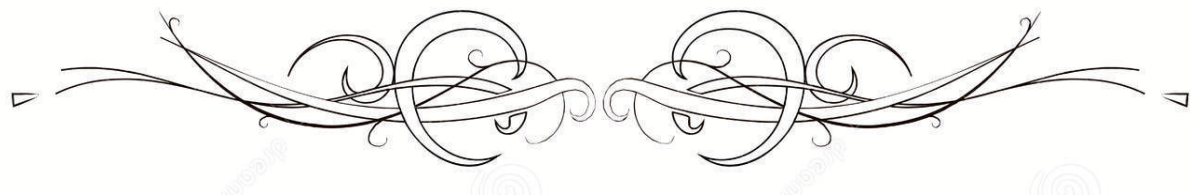
هناك مؤلفات كبيرة حول اكتئاب ما بعد الولادة والتي ركزت بشكل أساسي على دراسة عوامل الخطر المختلفة، من أجل استهداف المرضى المعرضين للخطر بشكل أفضل وتحسين الوقاية والفحص وتدخلات الإدارة. تم نشر العديد من أعمال الجودة، خاصة على العينات الكبيرة. على الرغم من أن هذه الدراسات التي أجريت على مجموعات كبيرة قد فتحت الطريق أمام مجال مهم من الأبحاث حول عوامل الخطر لظهور اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأمهات، فإن الأعمال الحالية تقدم أيضًا نتائج غير متجانسة فيما يتعلق بالوزن النسبي لكل عامل خطر. التباينات المنهجية هي أول ما دُكر لحساب هذا الوضع.

لا يزال هناك مجال للبحث لتحديد المزيد من عوامل الخطر لهذا المرض العقلي، بما في ذلك الاختلالات الهرمونية التي يمكن أن تحدث بعد الولادة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للعمل المستقبلي النظر في استخدام الدراسات ذات الطبيعة النوعية والنظر في التأثير الفردي المحتمل لكل عامل خطر بالإضافة إلى العلاقات المتداخلة المعقدة للعوامل والعمليات الأساسية داخل النماذج النظرية متعددة العوامل، والتي يمكن أن تفسر حدوث مشاكل الصحة العقلية عند النساء خلال فترة الولادة.

ومع ذلك، نجحت دراستنا في تسليط الضوء على مدى الأمراض إنتشار النفسية الاكتئابية لدى النساء بعد الولادة، والإشارة إلى النقص الحقيقي في المعرفة المتعلقة باكتئاب ما بعد الولادة في سياقنا. يعد العمل متعدد التخصصات ضروريًا لاتخاذ التدابير الوقائية، والكشف والتشخيص المبكر، وإدارة اكتئاب ما بعد الولادة بشكل مناسب. أطباء التوليد وأمراض النساء والقابلات والممارسين العاميين والأطباء النفسيين وعلماء النفس جميعهم لاعيون أساسيون في رعايتهم. أخيرًا، تُعد البرامج والآليات التي تركز على توفير الرعاية الشاملة للنساء أثناء النفاس ضرورية، وإدماج التثقيف في مجال الصحة النفسية في المناقشات المتعلقة بالصحة في الفترة المحيطة بالولادة وخاصة خلال فترة ما بعد الولادة، فضلاً عن دمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية لن يؤدي فقط إلى تحسين نوعية حياة المرأة، ولكن أيضًا تحسين حياة طفلها وعائلتها، وعلى المدى الطويل، على المجتمع.



ANNEXES



Annexe 1 :

L'edinburgh postnatal depression scale (epds)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Pour cela, nous utilisons un questionnaire qui évalue les femmes à risque de développer une Dépression du postpartum. C'est un questionnaire de 10 items largement utilisé et rapide à remplir.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en confirmant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions, et je reste à votre disposition pour de plus amples informations.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 - o Aussi souvent que d'habitude
 - o Pas tout à fait autant
 - o Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - o Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 - o Autant que d'habitude
 - o Plutôt moins que d'habitude
 - o Vraiment moins que d'habitude
 - o Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
 - o Non, pas du tout
 - o Presque jamais
 - o Oui, parfois
 - o Oui, très souvent
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
 - o Non, pas du tout
 - o Presque jamais
 - o Oui, parfois
 - o Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons
 - o Oui, vraiment souvent
 - o Oui, parfois
 - o Non, pas très souvent
 - o Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements
 - ☐ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - ☐ Oui, parfois, je 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 mal
 - ☐ Oui, très souvent
 - ☐ Parfois
 - ☐ Presque jamais
 - ☐ Jamais

Total :

- Troubles d'humeur : Oui Non ☐
- Médicaux :
 - Avant La grossesse : Oui Non
 - Si Oui, Spécifiez : HTA Diabète Maladies de système Epilepsie
 - Maladies cardiovasculaires et respiratoires Obésité Autres
- Chirurgicaux : Si Oui, Précisez :

2. Familiaux :

- Psychiatrique : Oui Non
- Si Oui, précisez :

III. Les ATCD concernant les grossesses précédentes

- ATCD de complications gravidiques : Oui Non
- ATCD de Baby blues lié à une grossesse précédente : Oui Non
- ATCD de dépression pendant une grossesse précédente : Oui Non
- ATCD de dépression du post-partum suite à une grossesse précédente: Oui Non
- ATCD de troubles anxieux au cours d'une grossesse précédente : Oui Non
- ATCD de troubles anxieux du post-partum lié à une grossesse précédente : Oui Non
- Soutient familial pour les grossesses précédentes : Oui Non

IV. Déroulement de la grossesse étudiés

- Type de grossesse : Unique Gémellaire Multiple
- Grossesse : Planifiée Non planifiée mais désirée Non planifiée et non désirée
- Grossesse suivie : Oui Non
- Terme de grossesse : à terme avant terme DDT
- La durée du post-partum : 0-3 mois 4-9 mois 9-12 mois
- Les complications gravidiques : Oui Non
 - Si oui, spécifiez : HTA gravidique Eclampsie / Pré éclampsie
 - Diabète gestationnel Maladies de système Nausées et vomissements intenses Autres
- Mode d'accouchement : Voie basse programmée Césarienne programmée
- Les interventions obstétricales : Oui Non
 - Si oui, spécifiez : Césarienne d'urgence Forceps ou ventouse (instruments)
 - Episiotomie Hystérectomie
- Les complications infantiles : Oui Non
 - Si oui, précisez : Prématurité Infection Ictère Malformations
 - Maladie héréditaire Autres
- Type d'allaitement : Naturel Artificiel Mixte

- Régime/Equilibre alimentaire durant et après l'accouchement : Mauvais Moyen Bon
- Baby blues : Oui Non
- Satisfaction de la grossesse et de l'accouchement: Oui Non
- Evénement traumatique durant les 12 mois précédents et/ou suivants l'accouchement: Oui Non
- Si oui : Deuil Séparations Conflits Problèmes financiers Problèmes familiaux
Maladies Autres
- Isolation et éloignement familial : Oui Non
- La relation avec votre famille est : Mauvaise Normale Bonne
- Soutien familial avant et/ou après l'accouchement : Oui Non
- La relation avec votre conjoint est : Mauvaise Normale Bonne
- Soutien du partenaire avant et/ou après l'accouchement : Oui Non
- Projet de grossesse dans le future : Oui Non
- Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir des idées suicidaires avant et/ou après l'accouchement? Oui Non
- Sentiment d'incapacité et d'impuissance pendant et/ou après l'accouchement : Oui Non
- Est-ce que vous pensez que vous êtes déprimées ? Oui Non
- Si oui, quelle est la cause à votre avis ?
- Les interruption thérapeutique et volontaire de la grossesse, les avortements spontanés, les fausses couches, les mort-nés et les décès précoces du nouveau-né ne seront pas inclus dans notre étude

RÉFÉRENCES

1. **Agoub, M., Moussaoui, D. & Battas, O.**
Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 8, 37-43 (2005). <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0069-9>
2. **Michael W.**
O'hara & Annette M. Swain (1996) Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis, *International Review of Psychiatry*, 8:1, 37-54, DOI: 10.3109/09540269609037816
3. **O'Hara M.W. (1986),**
« Social Support, Life Events, and Depression during Pregnancy and the Puerperium », *Archives of General Psychiatry*, 43(6), 569-573.
4. **O'Hara M. W. (1997),**
« The Nature of Postpartum Depressive Disorders », in *Postpartum Depression and Child Development* (L. Murray & P. J. Cooper [eds.]), 3-31, New York, Guilford Press.
5. **O'Hara M. W., Neunaber D. J. & Zekoski E. M. (1984),**
« Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course, and Predictive Factors», *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171.
6. **Gavin, Norma I. PhD1; Gaynes, Bradley N. MD, MPH2; Lohr, Kathleen N. PhD1,3; Meltzer-Brody, Samantha MD, MPH2; Gartlehner, Gerald MD, MPH4; Swinson, Tammeka1 Perinatal Depression, Obstetrics & Gynecology:**
November 2005 – Volume 106 – Issue 5 Part 1 – p 1071-1083 doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.
7. **Haight, Sarah C. MPH; Byatt, Nancy DO, MS; Moore Simas, Tiffany A. MD, MPH; Robbins, Cheryl L. PhD, MS; Ko, Jean Y.**
PhD Recorded Diagnoses of Depression During Delivery Hospitalizations in the United States, 2000-2015, *Obstetrics & Gynecology*: June 2019 – Volume 133 – Issue 6 – p 1216-1223 doi: 10.1097/AOG.00000000000003291
8. **American Psychological Association. (2008, December 1).**
Postpartum depression. <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression>.
9. **Beck CT.**
Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004. PMID: 11570712.

10. **Beck CT.**
Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*. 2002;12(4):453–472. doi:10.1177/104973202129120016
11. **AOUADE et al. 2020.**
La prévalence du trouble de stress post traumatique en post partum. N° 162
<http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/2020.htm#>
12. **Fisher J.**
Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *BullWorld Health Organ*. 90(2): 139G–49G.
13. **Bener A, Burgut FT, Ghuloum S, Sheikh J.**
A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. *IntJ Psychiatry Med*. 2012;43(4):325–37.
14. **R. Cherif, I. Feki, H. Gassara, I. Baati, R. Sellami, H. Feki, K. Chaabene, J. Masmoudi,**
Symptomatologie dépressive du post-partum : prévalence, facteurs de risque et lien avec la qualité de vie, *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Volume 45, Issue 10, 2017, Pages 528–534, ISSN 2468–7189, <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.06.011>.
15. **Bauman BL, Ko JY, Cox S, et al.**
Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression — United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:575–581. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2external icon>
16. **Patel V, Rodrigues M, DeSouza N.**
Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):43–7. doi: 10.1176/appi.ajp.159.1.43. PMID: 11772688.
17. **Séguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiseleur J.**
Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. 1999 Sep;26(3):157–63. doi: 10.1046/j.1523–536x.1999.00157.x. PMID: 10655815.
18. **Fiala A, Švancara J, Klánová J, Kašpárek T.**
Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 21;17(1):104. doi: 10.1186/s12888-017-1261-y. PMID: 28327118; PMCID: PMC5361789.

19. **Sarah Tebeka, Yann Le Strat, Caroline Dubertret,**
Developmental trajectories of pregnant and postpartum depression in an epidemiologic survey, *Journal of Affective Disorders*, Volume 203,2016,Pages 62–68,ISSN 0165–0327,<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.058>.
20. **Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B.**
Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord*. 2011 Dec;135(1–3):128–38. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.004. Epub 2011 Jul 29. PMID: 21802737.
21. **Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, et al.**
Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139G–149G. doi:10.2471/BLT.11.091850
22. **Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S.**
The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Apr;42(4):316–21. doi: 10.1007/s00127-007-0168-1. Epub 2007 Feb 13. PMID: 17370048.
23. **Uriel Halbreich, Sandhya Karkun,**
Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms, *Journal of Affective Disorders*, Volume 91, Issues 23,2006,Pages 97–111,ISSN 0165–0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>.
24. **Tissot Hervé, Frascarolo France, Despland Jean-Nicolas *et al.*,**
« Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale », *La psychiatrie de l'enfant*, 2011/2 (Vol. 54), p. 611–637. DOI : 10.3917/psy.542.0611. URL : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-611.htm>
25. **World Health Organization (2001).**
Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale nouvelle conception nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la Santé<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>
26. **Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J.**
Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 1998 Jun;49(3):167–80. doi: 10.1016/s0165–0327(97)00110–9. PMID: 9629946.

27. **Andrews-Fike, Christa.**
"A Review of Postpartum Depression." *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry* vol. 1,1 (1999): 9–14. doi:10.4088/pcc.v01n0103.
28. **Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L.**
Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis.* 1998 Jul;186(7):420–4. doi: 10.1097/00005053-199807000-00006. PMID: 9680043.
29. **Glavin K, Smith L, Sørum R.**
Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scand J Caring Sci.* 2009;23(4):705–10. [PubMed] [Google Scholar]
30. **Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VW, et al.**
Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology.* 2010;117(11):1390–8. [PubMed] [Google Scholar]
31. **Van Son M, Verkerk G, van der Hart O, Komproe I, Pop V.**
Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2005;12(4):297–312. [Google Scholar]
32. **Pereira AT, Bos S, Marques M, Maia BR, Soares MJ, Valente J, et al.**
The Portuguese version of the postpartum depression screening scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010;31(2):90–100. [PubMed] [Google Scholar]
33. **Figueiredo B, Pacheco A, Costa R.**
Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(3):103–9. [PubMed] [Google Scholar]
34. **Berta Maia, Ana Pereira T, Mariana Marques, Sandra Bos, Maria Soares J, José Valente, et al.**
The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Womens Mental Health.* 2012;15(6):459–68. [PubMed] [Google Scholar]
35. **Wickberg B, Hwang CP.**
Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(1):62–6. [PubMed] [Google Scholar]

36. **Sara Sylvén, Fotios Papadopoulos C, Vassilios Mpazakidis, Lisa Ekselius, Inger Sundström–Poromaa, Alkistis Skalkidou.**
Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):195–201. [PubMed] [Google Scholar]
37. **Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B, Rådestad I, Hildingsson I.**
Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2005;23(2):155–166. [Google Scholar]
38. **Drake E, Howard E, Kinsey E.**
Online screening and referral for postpartum depression: an exploratory study. *Community Mental Health Journal*. 2014;50(3):305–11. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
39. **Davé S, Petersen I, Sherr L, Nazareth I.**
Incidence of maternal and paternal depression in primary care: a cohort study using a primary care database. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Nov;164(11):1038–44. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.184. Epub 2010 Sep 6. PMID: 20819960.
40. **Howell EA, Bodnar–Deren S, Balbierz A, Loudon H, Mora PA, Zlotnick C, et al.**
An intervention to reduce postpartum depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Archives of women's mental health*. 2014;17(1):57–63. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
41. **Moses–Kolko EL, Roth EK.**
Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *J Am Med Womens Assoc (1972)* 2004;59(3):181–91. [PubMed] [Google Scholar]
42. **Halbreich U Karkun S.**
Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91(2–3):97–111. [PubMed] [Google Scholar]
43. **Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA.**
Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973–982. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
44. **Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS.**
Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018 Sep;104:235–248. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001. Epub 2018 Aug 3. PMID: 30114665.

45. **Ferda Ozbaşaran, Ayden Coban, Mert Kucuk.**
Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2011;283(3):483–90. [PubMed] [Google Scholar]
46. **Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, et al.**
Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks gestation in a Japanese sample: psychosocial perspectives from a cohort study in Tokyo. *PLoS One*. 2015;10(12):e0142410. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
47. **Falah–Hassani K, Shiri R, Dennis CL.**
Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*. 2016;198:142–7. [PubMed] [Google Scholar]
48. **Surkan PJ, Ettinger AK, Hock RS, Ahmed S, Strobino DM, Minkovitz CS.**
Early maternal depressive symptoms and child growth trajectories: a longitudinal analysis of a nationally representative US birth cohort. *BMC Pediatrics*. 2014;14:185. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
49. **Atuhaire C, Brennaman L, Cumber SN, Rukundo GZ, Nambozi G.**
The magnitude of postpartum depression among mothers in Africa: a literature review. *Pan Afr Med J*. 2020;37:89. Published 2020 Sep 25. doi:10.11604/pamj.2020.37.89.23572
50. **Haque A., Namavar A., Breene K–A.**
Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Middle Eastern/Arab Women. *J. Muslim Ment. Health*. 2015;9(1):20.
doi: 10.3998/jmmh.10381607.0009.104. [CrossRef] [Google Scholar]
51. **Haque A., Namavar A., Breene K–A.**
Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Middle Eastern/Arab Women. *J. Muslim Ment. Health*. 2015;9(1):20.
doi: 10.3998/jmmh.10381607.0009.104. [CrossRef] [Google Scholar]
52. **Ayoub K, Shaheen A, Hajat S.**
Postpartum Depression in The Arab Region: A Systematic Literature Review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2020;16(Suppl–1):142–155. Published 2020 Jul 30. doi:10.2174/1745017902016010142
53. **Audrey Varin. (2015).**
La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas–01197083ff

54. **Chaaya M, Campbell OM, 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.
55. **Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer–Brody S, Gartlehner G, Swinson T.**
Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071–83.
56. **Gaynes BN, Gavin N, Meltzer–Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al.**
Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment n° 119. Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. Available from:
<http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/peridepr/peridep.pdf>.
57. **American Psychological Association. (2008, December 1).**
Postpartum depression. <http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartum-depression>
58. **American Psychiatric Association.**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
59. **9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.**
Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6.
60. **Ghubash R, Abou–Saleh MT.**
Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry*. 1997;171(1):65–8.
61. **Masmoudi J, Tabelsi S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazzi M, Jaoua A.**
[Study of the prevalence of postpartum depression among 213 Tunisian parturients]. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36(7–8):782–7.
62. **Dennis CL, Ross L.**
Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*. 2006;56(6):588–99.
63. **Dennis CL, Creedy D.**
Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD001134. PMID: 15495008.

64. **F. Teissedre, H. Chabrol.**
Etude de l'EPDS (Echelle postnatale d'Edimbourg) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum.. *L'Encéphale*, Elsevier Masson, 2004, 30, pp.376–381. <hal-00114645>
65. **Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG.**
Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:69–74.
66. **Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B.**
Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*. 1996;168:607–11.
67. **Fisher J, Astbury J, Smith A.**
Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31:728–38.
68. **Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK.**
Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. 2000;6(4):349–54.
69. **Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM.**
Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol*. 2012;2012:616759.
70. **Saleh El-S, El-Bahei W, El-Hadidy MA, Zayed A.**
Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women. *Neuro Psychiatr Dis Treat*. 2013;9:15–24.
71. **Rahman A, Iqbal Z, Harrington R.**
Life events, social support, and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*. 2003;33(7):1161–7.
72. **Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A.**
Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):195–201.
73. **Robertson E., Grace S., Wallington T. & Stewart D. E. (2004),**
« Antenatal Risk Factors for Postpartum Depression: a Synthesis of Recent Literature », *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295.

74. **Anne Battut ; Thierry Harvey ; Alexandre Lapillonne. 2017.**
105 fiches pour le suivi post-natal – Mère-enfant. Editeur : Elsevier Masson.
75. **Santos, Jannica Bondoc,**
"Identifying the Risk Factors to Postpartum Depression" (2019). Senior Theses. 125.
<https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2019.NURS.ST.01>
76. **Ayoub, Khubaib. (2014).**
Prevalence of postpartum depression among recently delivering mother in Nablus district and its associated factors.
https://www.researchgate.net/publication/274510351_Prevalence_of_postpartum_depression_among_recently_delivering_mother_in_Nablus_district_and_its_associated_factors
77. **Bénédicte Depaux.**
Dépression post-natale : évaluation d'un outil de dépistage l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. Gynécologie et obstétrique. 2016. <dumas-01394921>
78. **Ausoni Lisa, Veillon Sahli, Aline (2012).**
Dépistage de la dépression du postpartum par les infirmières Petite Enfance: quelles échelles scientifiquement reconnues et quelles applications pour la pratique ? DOI :10.22005/bcu.17880
79. **Henri Chabrol, Frédérique Teissèdre, Michèle Saint-Jean, Nathalie Teisseyre, Bernadette Rogé.**
PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES DÉPRESSIONS DU POST-PARTUM : UNE ÉTUDE CONTRÔLÉE. Médecine & Hygiène | « Devenir ». 2003/1 Vol. 15 | pages 5 à 25. ISSN 1015-8154 <https://www.cairn.info/revue-devenir-2003-1-page-5.htm>
80. **Melanie Bales.**
Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE). Psychologie. Université de Bordeaux, 2015. Français. (NNT : 2015BORD0341). <tel-01274059>
81. **Hervé Tissot, France Frascarolo, Jean-Nicolas Despland, Nicolas Favez.**
Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant » 2011/2 Vol. 54 | pages 611 à 637. ISSN 0079-726X ISBN 9782130587309 DOI 10.3917/psy.542.0611.
82. **Molgora S, Fenaroli V, Malgaroli M, Saita E.**
Trajectories of Postpartum Depression in Italian First-Time Fathers. *Am J Mens Health*. 2017;11(4):880-887. doi:10.1177/1557988316677692

83. **Recommandations pour la pratique clinique.**
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005), Volume 613, Issue 6, 06/2006, Pages 465–568, ISSN 1297–9589, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2006.04.008>
84. **Haute Autorité de Santé.**
Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
85. **Arifin SRM, Cheyne H, Maxwell M.**
Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*. 2018;5(3):260–95.
86. **16. Halbreich U, Karkun S.**
Cross-cultural and social diversity of prevalence of PPD and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91:97–111.
87. **Caron, J. & Guay, S. (2005).**
Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>
88. **Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L.**
Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery*. 2011 Oct;27(5):745–9. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.014. Epub 2010 Sep 29. PMID: 20880619.
89. **HOUSE, J. S. (1981).**
Work stress and social support. Reading, Mass, Addison-Wesley Pub. Co. <http://books.google.com/books?id=qO2RAAAIAAJ>.
90. **Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC.**
Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*. 1993 Dec;65(6):1243–58. doi: 10.1037//0022-3514.65.6.1243. PMID: 8295121.
91. **O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1983).**
Postpartum depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), 336–341. <https://doi.org/10.1097/00005053-198306000-00002>
92. **Guédeney, N. & Jeammet, P. (2001).**
Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13, 51–64. <https://doi.org/10.3917/dev.013.0051>

93. **Capponi, I. & Horbacz, C. (2007).**
Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ?. *Dialogue*, 175, 115–127. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0115>
94. **Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A.**
Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1–2):147–57. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014. Epub 2007 Dec 18. PMID: 18067974.
95. **Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J., & Brough, D. I. (1984).**
Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 453–462. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.5.453>
96. **Xie RH, He G, Koszycki D, Walker M, Wen SW. Fetal sex, social support, and postpartum depression.**
Can J Psychiatry. 2009 Nov;54(11):750–6. doi: 10.1177/070674370905401105. Erratum in: *Can J Psychiatry*. 2009 Dec;54(12):856. PMID: 19961663.
97. **Klainin P, Arthur DG.**
Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *IntJNursStud*. 2009;46(10):1355–73.
98. **Sawyer A, Ayers S, Smith H.**
Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *J AffectDisord*. 2010;123(1–3):17–29.
99. **Green K, Broome H, Mirabella J.**
Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *PsycholHealth Med*. 2006;11(4):425–31.
100. **Poinso, F., Samuelli, J., Delzenne, V., Huiart, L., Sparrow, J. & Rufo, M. (2001).**
Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 44, 379–413. <https://doi.org/10.3917/psy.442.0379>
101. **Paykel, E., Emms, E., Fletcher, J., & Rassaby, E. (1980).**
Life Events and Social Support in Puerperal Depression. *British Journal of Psychiatry*, 136(4), 339–346. doi:10.1192/bjp.136.4.339

102. **Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1991).**
Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 594-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.594>
103. **Bastien, V., Braconnier, M., & de TYCHEY, C. (1999).**
Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention. *L'Evolution psychiatrique, 64*(2), 289-307.
104. **Catherine DES RIVIERES-PIGEON (2012).**
Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale. Mères dépressives mais pimpantes, Montréal, Éditions Nota Bene, p. 158. <https://doi.org/10.7202/1018304ar>
105. **Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G.**
Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol.* 2002 Feb;99(2):223-8. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01722-7. PMID: 11814501.
106. **Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar R.**
Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Affect Disord.* 1992 Apr;24(4):253-63. doi: 10.1016/0165-0327(92)90110-r. PMID: 1578081.
107. **Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M.**
Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(8):937-44. doi: 10.1080/00016340600697652. PMID: 16862471.
108. **Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team.**
The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004 May;80(1):65-73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004. PMID: 15094259.
109. **Austin MP, Tully L, Parker G.**
Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord.* 2007 Aug;101(1-3):169-74. doi: 10.1016/j.jad.2006.11.015. Epub 2006 Dec 29. PMID: 17196663.
110. **Howard, Louise M, Emma Molyneaux, Cindy-Lee Dennis, Tamsen Rochat, Alan Stein, et Jeannette Milgrom. 2014.**
« Non-psychotic mental disorders in the perinatal period ». *The Lancet* 384 (9956): 1775-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9).

111. **Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB.**
Family and partner psychopathology and the risk of postpartum mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2007 Dec;68(12):1947–53. doi: 10.4088/jcp.v68n1217. PMID: 18162028.
112. **Murphy-Eberenz K, Zandi PP, March D, Crowe RR, Scheftner WA, Alexander M, McInnis MG, Coryell W, Adams P, DePaulo JR Jr, Miller EB, Marta DH, Potash JB, Payne J, Levinson DF.**
Is perinatal depression familial? *J Affect Disord*. 2006 Jan;90(1):49–55. doi: 10.1016/j.jad.2005.10.006. Epub 2005 Dec 5. PMID: 16337009.
113. **Steiner, M., & Tam, W. Y. K. (1999).**
Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. In L. J. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders* (pp. 47–63). American Psychiatric Association.
114. **Meir Steiner,**
Postnatal depression: a few simple questions, *Family Practice*, Volume 19, Issue 5, October 2002, Pages 469–470, <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.469>
115. **Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ.**
Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG*. 2000 Oct;107(10):1210–7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11609.x. PMID: 11028570.
116. **Boyce, P. M. & Todd, A. L. (1992).**
Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med.J.Aust.*, 157, 172–174.
117. **Mercier, R J et al.**
“Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort.” *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology* vol. 120,9 (2013): 1116–22. doi:10.1111/1471-0528.12255
118. **Saleh el-S, El-Bahei W, Del El-Hadidy MA, Zayed A.**
Predictors of postpartum depression in a sample of Egyptian women. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:15–24. doi:10.2147/NDT.S37156
119. **Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK.**
Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*. 2011 Dec;27(6):e238–45. doi: 10.1016/j.midw.2010.10.008. Epub 2010 Dec 4. PMID: 21130548.
120. **Stowe ZN, Nemeroff CB.**
Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol*. 1995 Aug;173(2):639–45. doi: 10.1016/0002-9378(95)90296-1. PMID: 7645646.

121. **Kelly, A., & Deakin, B. (1992).**
Postnatal depression and antenatal morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 577–578. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.4.577b>
122. **Dayan, Jacques. (2007).**
Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Fuel and Energy Abstracts. 36. 549–561. 10.1016/j.jgyn.2007.06.003.
123. **Räisänen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S.**
Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*. 2014 Nov 14;4(11):e004883. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004883. PMID: 25398675; PMCID: PMC4244456.
124. **Whiffen, V. E. (1988).**
Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 467–474. doi.org/10.1037/0021-843X.97.4.467
125. **Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P, Barnett B, Charles M.**
Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *J Affect Disord*. 2004 Apr;79(1–3):113–26. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00362-2. PMID: 15023486.
126. **Dubovsky, S. L. & Buzan, R. (1999).**
Mood Disorders. In R.E.Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *Textbook of Psychiatry* 3rd ed. Washington,DC: American Psychiatric Press.
127. **<https://www.unfpa.org/publications/unfpa-annual-report-2008>**
128. **Gressier, Florence & Sutter, Anne Laure & Bayle, B. & Nezelof, S.. (2019).**
Société Marcé Francophone – Les crises psychiatriques en période périnatale. *French Journal of Psychiatry*. 1. S81. 10.1016/j.fjpsy.2019.10.075.
129. **Dennis, C.-L. (2003).**
Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003).
Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.
130. **F. Gressier, A.L. Sutter-Dallay, B. Bayle, S.**
Nezelof, Société Marcé Francophone – Les crises psychiatriques en période périnatale, *French Journal of Psychiatry*, Volume 1, Supplement 2, 2019, Page S81, ISSN 2590-2415, doi:org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.075.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في المراكز الصحية بمراكش.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/03/25

من طرف

السيد المهدي سهير

المزداد في 28 يونيو 1995 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الانتشار - الاكتئاب - بعد الولادة - عوامل الخطر

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام {

ف. منودي

أستاذة الطب النفسي

إ. عذلي

أستاذة الطب النفسي

م. أ. لفنتي

أستاذ الطب النفسي

أ. بصير

أستاذة أمراض النساء و التوليد

السيدة

السيدة

السيد

السيدة