

## **LA DEPRESSION POSTNATALE : UN RISQUE DE NEGLIGENCE NEGLIGE PAR LA SOCIETE<sup>(\*)</sup>**

Les recherches menées dans différents pays occidentaux permettent d'estimer que 7 à 15% des mères présentent des signes de dépression pendant la première année qui suit la naissance d'un enfant. [2, 3, 11] La dépression des mères pendant la première année de leur vie est associée chez leurs enfants à des difficultés d'attachement, à des difficultés relationnelles et à des troubles de leur développement affectif et intellectuel. [10] Les enfants aînés, lorsqu'il y en a, souffrent aussi de la dépression de leur mère et peuvent développer des troubles du comportement. La relation du couple peut en souffrir au point d'amener des séparations et des ruptures définitives. [3] En bref, la dépression postnatale atteint près d'une famille sur sept où le bonheur attendu après une naissance est remplacé par une longue période d'épreuves. En dépit des problèmes qu'elle pose en santé publique en raison de sa fréquence élevée et de ses répercussions sur la mère, les enfants et la famille, la dépression postnatale passe la plupart du temps inaperçue du monde de la santé. La première raison de cette négligence est la confusion qui règne dans les termes. Non reconnue officiellement comme entité clinique, la dépression postnatale est enseignée parmi les troubles psychiatriques de la puerpéralité et de ce fait, souvent confondue avec le "blues" ou avec la psychose du post-partum. Le praticien ne peut donc que poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur de l'adulte et le traiter comme tel. La seconde raison est la répugnance des mères qui en souffrent à rechercher de l'aide. Cette répugnance est une des grandes caractéristiques de la dépression postnatale. Elle s'explique sans doute par la profonde culpabilité éprouvée par les mères devant les difficultés qu'elles rencontrent pour s'occuper de leur enfant.

Cet article a pour objet de décrire brièvement chacun des trois syndromes qui peuvent affecter les mères après la naissance d'un enfant pour aider le lecteur à les comprendre, à les différencier et à dégager des attitudes appropriées devant la dépression postnatale.

### **Le "blues" du post-partum et sa signification**

Le premier auteur à mentionner les réactions transitoires d'allure psychotique qui surviennent pendant les suites de couches est Hippocrate. Appelé "fièvre du lait" au cours du siècle dernier, le blues (littéralement : idées noires, cafard) du post-partum est aussi connu sous les termes de "blues" ou de "syndrome du troisième jour", de "post-partum blues" et surtout de "maternity blues" qui semble bien être le terme de référence de la littérature anglo-saxonne. [4]

**La fréquence** du blues est véritablement élevée. Le phénomène apparaît chez plus de 50% des accouchées. Les pics de fréquence et d'intensité se situent entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement. Les manifestations diminuent rapidement et disparaissent le plus souvent avant le dixième jour.

**Les symptômes** principaux du blues sont les pleurs, la labilité émotionnelle (changements brusques d'humeur), l'élation (état d'excitation avec sentiment de bonheur très intense), la confusion, la tendance à l'oubli, l'irritabilité souvent tournée vers le père de l'enfant mais aussi vers le personnel hospitalier, l'insomnie, les céphalées, la fatigue, l'anorexie. Beaucoup d'accouchées se sentent bizarres, distantes, indifférentes à leur enfant et en éprouvent une profonde culpabilité.

---

<sup>(\*)</sup> ROUSSEAU Pierre, gynécologue-obstétricien, conseiller médical à l'ONE.  
Adresse : ONE - rue d'Erbsoeul 5 - B-7011 Ghlin.

**Les facteurs favorisant** la survenue du blues sont mal connus. L'âge, la parité, la classe sociale, le statut marital, l'appartenance ethnique ou culturelle, les facteurs psychologiques n'ont peu ou pas d'influence sur la survenue du blues. Ses manifestations peuvent différer selon les cultures mais sa fréquence est la même en Europe, aux Etats-Unis, en Afrique, dans les Antilles. Les femmes plus tendues en fin de grossesse, celles qui souffraient d'un syndrome prémenstruel, celles qui sont émotives et sensibles aux événements stressants semblent toutefois plus susceptibles de présenter les manifestations du blues du post-partum. [4, 16]

**La relation entre le blues et la dépression postnatale** n'est pas entièrement élucidée. Il n'y a aucune corrélation significative avec les taux des hormones sexuelles, du cortisol, du tryptophane, de la sérotonine, de la noradrénaline. Il pourrait y avoir une relation avec la dopamine et la prolactine mais, curieusement, aucune étude ne semble avoir comparé la fréquence du blues chez les femmes qui allaitent et chez celles qui ont reçu de la bromocriptine pour inhiber la sécrétion de prolactine et arrêter la lactation.

**La signification du blues** a récemment fait l'objet d'une hypothèse intéressante qui serait de favoriser l'établissement des liens précoces entre la mère et l'enfant. [4] La fréquence élevée du phénomène, sa disparition habituellement rapide et sans séquelle font penser à de nombreux auteurs qu'il pourrait s'agir d'un processus physiologique. Le blues apparaît dans d'autres circonstances que les suites de couches, après une opération, après une compétition, après des examens. Il serait ainsi une réaction générale qui marque la fin d'une période de stress physique et/ou mental et qui permet l'adaptation à la situation qui lui fait suite. L'intensité particulière et la relative constance de ses manifestations font toutefois penser qu'il existe un support biologique au blues du post-partum. Chez l'animal de laboratoire, l'adoption du petit par sa mère et le développement des comportements de maternage nécessitent une inondation prolongée du cerveau par des taux élevés de prolactine. [6] Dans l'espèce humaine, il n'est pas interdit de penser que le versant biologique du blues est peut-être cette inondation de prolactine au cours de laquelle les conduites de maternage enfouies dans le génome se décodent pour donner à la mère la compétence dont elle va avoir besoin pour percevoir les messages de son bébé, y donner sens, y répondre de manière adéquate et établir ainsi les premières relations affectives.

**Les attitudes** à adopter en présence des blues du post-partum sont éclairées par l'hypothèse d'un rôle physiologique dans la genèse de l'attachement. La plupart des mères qui présentent un blues ne nécessitent aucune aide particulière. Elles ont besoin d'une écoute qui permette l'expression de leurs émotions, de leurs sentiments et de leurs pensées de manière à favoriser leur évolution vers la meilleure adaptation possible aux besoins de leur enfant. Celles qui allaitent ont particulièrement besoin d'une cohérence des attitudes du personnel de maternité. Les manifestations sévères du blues et surtout leur persistance doivent faire craindre le début d'une psychose puerpérale ou l'évolution vers une dépression postnatale. L'absence totale de manifestations du blues mérite aussi de l'attention car elle pourrait être le signe d'un manque d'adaptation à la situation créée par la naissance du bébé.

## **La psychose puerpérale**

La psychose puerpérale a une incidence constante de 1 à 2 pour mille naissances à peu près partout dans le monde. Malgré l'absence de définition officielle, il s'agit d'une affection qui ne survient que pendant la première année qui suit une naissance. Pendant cette période, elle survient avec une fréquence de 20 à 35 fois supérieure à celle de la survenue d'un épisode psychotique à toutes les autres périodes de la vie de la femme. [7]

**Les symptômes** sont souvent brutaux et dramatiques. Ils apparaissent classiquement pendant le premier mois du post-partum. Leur apparition plus tardive, vers le sixième mois, est cause d'erreurs de diagnostic. Les manifestations sont des idées délirantes avec des phénomènes hallucinatoires (substitution ou subtilisation de l'enfant par exemple), des troubles confusionnels, de l'anxiété et surtout des variations intenses et rapides de l'humeur qui peuvent aller de la mélancolie intense à des états d'excitation tout aussi intenses qui peuvent mettre en danger la vie de la mère ou de son enfant.

**Les facteurs favorisants** sont: première grossesse, fœtus unique, césarienne.

**Le traitement** repose sur un diagnostic aussi précoce que possible et consiste en l'hospitalisation immédiate dans une unité spécialisée dans la prise en charge simultanée de la mère et de l'enfant. Dans ces conditions, la guérison se produit dans les 2/3 des cas. Le risque de récurrence est d'environ 50% après la naissance suivante. Un intervalle de deux ans est recommandé entre la guérison et le début d'une autre grossesse. [7]

## **La dépression postnatale**

La dépression postnatale n'est clairement identifiée que depuis la publication de Pitt en 1968 [12]. C'est une espèce de grand malaise jamais ressenti dans le passé. Il s'abat sur la tête de la jeune mère, la paralyse, lui donne une impression de lenteur et de lourdeur, lui fait éviter tout contact social pour se concentrer sur son bébé ou, à l'inverse, l'amène parfois à le rejeter et peut lui donner envie d'en finir avec la vie. [2, 15] Il s'agit d'un état persistant d'anxiété et de dépression qui s'installe le plus souvent de la 6e à la 12e semaine après l'accouchement. Un diagnostic de certitude est difficile à établir lors de la consultation postnatale de la 6e semaine parce qu'à ce moment, il existe en général une certaine labilité de l'humeur ou parce que l'état dépressif n'est pas encore suffisamment prononcé. Elle se différencie de la psychose puerpérale par l'absence d'idées délirantes, d'hallucinations et de confusion. Elle se différencie nettement du blues du post-partum dont les pleurs, l'irritabilité et l'anxiété sont transitoires et se limitent aux deux premières semaines après l'accouchement.

## **Les mères déprimées et leurs enfants**

Les premières recherches sur les effets à long terme de la dépression postnatale ont montré de sérieux troubles du comportement chez les enfants: troubles anxieux, difficultés alimentaires, insomnies, accès de colère, énurésie. L'analyse critique ultérieure de ces recherches ne confirme cependant pas, pour des raisons méthodologiques, que ces troubles sont plus fréquents chez les enfants des mères qui ont déprimé pendant la première année de leur vie. Par contre, d'autres études ont récemment démontré clairement l'existence d'effets défavorables de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant et sur le développement physique, affectif et intellectuel de leurs enfants.

L'étude d'enregistrements vidéo des relations mère-enfant montre que les mères déprimées présentent des comportements variés qui peuvent être sommairement classés en trois groupes. Les mères du premier groupe se détournent, se désengagent ou s'engagent moins activement dans la relation lorsqu'elles reçoivent des messages de leur enfant. Elles jouent moins, émettent moins de vocalisations, ont moins d'expressions faciales et touchent moins leur enfant. Les mères du deuxième groupe ont un comportement intrusif. Elles ont peu d'expressions positives, elles ont de fréquentes colères et tiraillent fréquemment leur enfant dans tous les sens. Les mères du troisième groupe ont des relations tout à fait positives.

Les enfants des deux premiers groupes réagissent par des marques de protestation, de confusion puis de détresse et refusent ensuite de reprendre la communication. A l'âge de 4 ans, ces enfants montrent des déficits physiques, affectifs et intellectuels. Ceux des mères les plus fortement déprimées sont plus insécurisés. Il semble que ceux dont les mères ont été longtemps déprimées présentent moins de troubles que ceux dont les mères ont eu des épisodes dépressifs à répétition. Il semble en outre que le type de déficit soit lié au sexe de l'enfant et à son âge au moment de la dépression maternelle.

L'observation vidéo filmée des relations mère-enfant montre d'autre part que certains enfants éprouvent plus de difficultés que d'autres à communiquer et à répondre aux sollicitations de leur mère. Les mères non déprimées deviennent alors moins positives et moins expressives dans les interactions. D'autres études ont montré que le tempérament difficile, les problèmes de santé des enfants pendant les premiers mois de leur vie sont associés à une plus grande fréquence de la dépression postnatale sans qu'il soit possible de dire ce qui est cause ou conséquence.

Quoi qu'il en soit, les effets défavorables de la dépression postnatale sur le développement des enfants sont actuellement bien établis. L'installation de véritables cercles vicieux dans la relation mère-enfant est sans doute un des facteurs responsables de la tendance à la chronicité de la dépression maternelle dont elle amplifie les effets nocifs. La grande fréquence de cette affection doit inciter les professionnels de la santé à prendre les mesures adéquates pour en assurer la prévention, le dépistage et le traitement. [2, 9, 10, 11]

## **Causes de la dépression postnatale**

**Les facteurs psychologiques** susceptibles de favoriser le développement d'une dépression postnatale permettent d'identifier deux groupes de mères. Les premières sont celles qui ont une mauvaise relation avec leur propre mère parce qu'elles sont en conflit avec elle ou parce qu'elles ont été privées d'affection pendant leur enfance. Elles auraient une difficulté spécifique à assumer la sexualité et la maternité. Les secondes sont celles qui évitent difficilement les expériences déplaisantes ou qui se considèrent comme incapables de gérer les événements de l'existence. Elles ont souvent des antécédents de dépression. L'événement que représente une naissance leur fait courir un risque de dépression comme le ferait toute autre situation stressante.

**Les facteurs sociaux** tels que la classe sociale, l'âge, la parité ne présentent pas de relation particulière avec l'incidence de la dépression postnatale. En Europe, les mères isolées, séparées ou divorcées, en Afrique, celles dont la grossesse est illégitime dans la structure clanique y seraient plus exposées.

Les études menées dans les sociétés traditionnelles indiquent que les rituels et les tabous qui entourent la naissance semblent protéger les mères contre la dépression. Pendant la période de réclusion de 40 jours due à "l'impureté" de la nouvelle mère et que l'on retrouve dans beaucoup de cultures, la jeune mère et son enfant font l'objet de soins attentifs et bien codifiés, le plus souvent prodigués par la grand mère sous la surveillance d'une sage-femme. Dans la société Occidentale, l'obstétrique moderne remplit bien la première fonction de ces "rites de passage", celle de la séparation, par l'hospitalisation des mères mais la période des soins attentifs est limitée à 4 ou 5 jours en maternité. Par la suite, il n'y a plus aucune norme de comportement pendant la période de transition, si ce n'est la consultation postnatale habituellement fixée à la sixième semaine, soit environ 40 jours après l'accouchement. Les tâches de maternage peuvent être partagées entre la jeune mère et le jeune père. Les conseils les plus divers et les plus contradictoires sont donnés à profusion. Mais comme pour le deuil et en particulier le deuil périnatal, ce serait surtout la troisième fonction des rites de passage qui ferait défaut dans notre société, celle de l'incorporation, de

l'intronisation dans le nouveau statut qui fait d'une femme sans enfant une mère [13]. Cette absence de statut, de références, de structures, faciliterait la dépression en favorisant les attentes excessives, en diminuant l'estime de soi (le narcissisme) des jeunes mères, en réduisant le soutien social dont elles disposaient.

Beaucoup de mères s'attendent à ce que "l'amour maternel" qui va les envahir dès la naissance règle les problèmes d'adaptation à leur bébé. Il est pourtant bien établi que la genèse de cet amour dépend d'un apprentissage mutuel qui dure plusieurs semaines plutôt que plusieurs jours. La déception de cette attente leur cause un profond désarroi qui peut évoluer vers la culpabilité et la dépression, surtout quand il est stigmatisé par des paroles malheureuses de l'entourage qui les qualifie de "mauvaises" mères alors qu'elles sont simplement plus vulnérables que d'autres. [8] Certaines mères se considèrent comme seules responsables de leur bébé. L'effort physique et mental considérable que leur demandent les soins quotidiens leur donne une sensation d'incompétence qui évolue bien vite vers la culpabilité et la honte. L'isolement dans lequel elles se trouvent provoque des tensions qui peuvent détériorer la relation avec leur partenaire, mettant en danger la survie du couple. D'autres mères pensent qu'elles doivent retrouver leur poids, leur ligne, leurs activités, sexuelles notamment, dès la consultation postnatale. Elles sont bien déçues par la constatation que des mois, parfois un an, sont nécessaires pour se remettre d'un accouchement. D'autres enfin, bien adaptées à leur enfant au cours des premiers mois, vivent douloureusement la séparation du sevrage ou celle nécessitée par la reprise du travail. Plutôt que de rendre la société moderne responsable de son inadaptation aux besoins des jeunes mères et de leurs enfants, elles s'accusent de leur incapacité à gérer la situation, elles culpabilisent et finissent par déprimer. [2, 15]

**Les facteurs biologiques** étudiés jusqu'à présent n'ont pu être retenus comme causes de dépression postnatale malgré les profondes modifications des sécrétions d'hormones, de neurotransmetteurs, d'endorphines qui caractérisent le passage de l'état de grossesse à celui du post-partum. On a toutefois pu constater une plus grande fréquence de la dépression postnatale chez les femmes qui présentent une dysfonction thyroïdienne, chez celles qui souffrent de tension prémenstruelle et chez celles qui ont des antécédents personnels ou familiaux d'affections psychiatriques.

### **Critères de diagnostic**

Le diagnostic de dépression postnatale est beaucoup plus aisé qu'on le croit généralement. Il a été mis à la portée des professionnels, médecins, sages-femmes, travailleurs médico-sociaux, qui dispensent des soins primaires aux jeunes mères par le travaux de J. Cox. Les signes d'appel et les critères de diagnostic énoncés par cet auteur sont repris ci-dessous. [2]

L'attention doit être attirée par l'observation d'un ou de plusieurs des signes d'appel suivants:

1. Des plaintes de fatigue, d'anxiété, de torpeur ou d'insomnie.
2. La persistance de céphalées, de tension douloureuse dans les seins, de douleurs abdominales en l'absence d'explication somatique.
3. La peur d'être considérée comme une mère incapable de s'occuper de son enfant et d'être l'objet d'une mesure de placement.
4. Des préoccupations excessives pour la santé et les petits problèmes alimentaires qui amènent la mère à solliciter sans cesse son enfant et à répondre immédiatement au moindre de ses cris.
5. Une absence non motivée au rendez-vous de la consultation postnatale.
6. L'arrêt du développement d'un bébé.

La constatation de l'un de ses signes d'alarme doit faire suspecter l'existence d'une dépression postnatale. Le diagnostic doit alors être établi par la recherche des symptômes psychiatriques qui la caractérisent :

1. La persistance d'accès de pleurs, de tristesse, de cafard, de déprime pendant plus de 4 semaines doit faire poser le diagnostic de dépression postnatale si elle est accompagnée d'un des autres des signes de dépression repris dans les items qui suivent.
2. La présence d'anxiété pendant la première année qui suit un accouchement doit être considérée comme un critère suffisant de diagnostic, sauf s'il est possible de prouver qu'il n'existe pas de dépression de l'humeur.
3. Le manque d'intérêt ou de plaisir (anhédonie) dans les tâches quotidiennes, les loisirs, les relations sexuelles est un critère de diagnostic décisif.
4. L'insomnie causée par l'attention excessive au moindre bruit causé par le bébé ou l'insomnie du petit matin.
5. L'impression de ne pas pouvoir faire face à la situation, les blâmes, la culpabilité.

## Prévention

La prévention primaire de la dépression postnatale consisterait à dépister les mères à risque dès la grossesse et à développer à leur égard une stratégie appropriée.

Les études anglo-saxonnes ont permis d'identifier les facteurs de risque suivants [2, 3, 11] :

- Antécédents personnels ou familiaux de dépression ou d'autres affections psychiatriques,
- Mauvaise qualité de la relation avec la mère,
- Problèmes de couple,
- Etat dépressif pendant la grossesse caractérisé par une anxiété excessive chez la future mère (présent chez 15% des futures mères) et surtout chez le futur père (présent chez 50% d'entre eux),
- Événements de vie stressants contemporains de la grossesse,
- Manque de soutien social,
- Césarienne pratiquée en urgence.

L'étude Québécoise de Saucier a permis d'identifier quatre groupes de variables dont la valeur prédictive de dépression postnatale serait de 64% [14, 15]:

1. La lenteur physiologique du processus d'enfantement mesurée par le temps mis à concevoir (12,2 mois versus 6,7 mois) et par le gain pondéral moindre depuis la conception.
2. L'ambivalence à l'endroit de l'enfant désiré indiquée par la difficulté à croire au diagnostic de grossesse.
3. L'hyperréactivité somatique à la grossesse dénotée par la plus grande durée des nausées et des vomissements et par la demande anticipée d'analgésiques pour l'accouchement.
4. Un contexte psychosociologique moins favorable à l'accueil de l'enfant: milieu socio-économique défavorisé, réseau de soutien insuffisant, importance plus grande donnée à la vie sociale active, haute fréquence d'événements stressants avant la grossesse, climat psychologique dépressif, anxiété élevée à l'approche de l'accouchement.

La stratégie préconisée par les anglo-saxons à l'égard des mères à risque comporte les points suivants [2, 3] :

- leur offrir une éducation anténatale et un soutien psychologique pour les préparer de manière pratique aux tâches qu'elles vont devoir assumer après la naissance,
- susciter autour d'elles un soutien familial et social suffisant,

- informer le compagnon de l'existence de facteurs de risque et lui proposer une aide psychologique,
- conseiller d'éviter l'accumulation d'événements stressants comme changement de travail, déménagement, ...,
- organiser un "debriefing" de l'accouchement dans les suites de couches immédiates par l'obstétricien et/ou l'accoucheuse qui y ont assisté car le vécu traumatisant de la naissance peut constituer un facteur déclenchant de la dépression postnatale,
- prescrire du lithium ou un antidépresseur aux mères à haut risque qui ne donnent pas le sein.

Comme on le voit, il n'existe pas de méthode facile de prévention primaire de la dépression postnatale. La prévention secondaire est, quant à elle, beaucoup plus accessible. Il existe en effet un outil de dépistage simple et efficace, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), mis au point par Cox et coll. pour les agents de santé primaires dispensateurs de soins périnataux, obstétriciens, travailleurs médico-sociaux, médecins généralistes [1]. Il doit être rempli par la mère qui répond aux 10 questions en soulignant la réponse appropriée parmi les quatre qui lui sont proposées. Devant la difficulté de poser un diagnostic suffisamment certain en consultation postnatale (voir plus haut), l'EDPS a été utilisé avec succès dans les consultations de nourrissons du North Staffordshire [3].

Ce questionnaire a été récemment traduit en français et validé auprès de jeunes mères de la région Parisienne [5]. Essayé depuis peu par l'auteur de cet article dans ses consultations postnatales, il se révèle bien accueilli par les mères et d'utilisation facile et rapide (moins de 5 minutes).

L'auteur du questionnaire insiste sur le fait qu'il ne s'agit que d'un instrument de dépistage. Lorsqu'un score élevé est atteint, le diagnostic de dépression postnatale doit encore être posé par un médecin qualifié.

## **Traitement de la dépression postnatale**

L'expérience acquise en Grande Bretagne montre que les mères qui font une dépression postnatale peuvent être divisées en trois groupes de gravité croissante. [2, 3]  
 Les mères du premier groupe (plus du tiers) n'ont besoin que de conseils et de soutien basés sur l'écoute de ce qu'elles ont à dire. Cette aide peut être prodiguée à domicile par le médecin généraliste, le travailleur médico-social et la sage-femme visiteuse à condition d'avoir reçu une formation appropriée. A côté des connaissances théoriques, cette formation doit les entraîner à l'observation mère-enfant et à la mobilisation des ressources de la famille et de la société. Le second groupe demande une prise en charge plus médicale et la prescription d'un antidépresseur. La dépression postnatale réagit cependant mal aux antidépresseurs. Ils doivent donc être prescrits à dose suffisante et pendant un temps suffisamment long. Il n'a pas été montré jusqu'à présent d'effets nocifs des antidépresseurs sur les enfants, même chez ceux qui sont nourris au sein.

Le troisième groupe comprend les mères les plus gravement atteintes et celles des deux premiers groupes qui ne répondent pas aux mesures thérapeutiques mises en place. Ce groupe nécessite une prise en charge psychiatrique spécialisée. Le traitement somatique doit toujours être accompagné d'une véritable psychothérapie qui peut être selon les cas, une thérapie individuelle, une thérapie de couple, une thérapie mère-bébé, voire une thérapie familiale. Des résultats intéressants ont été obtenus en Grande-Bretagne [2,3,10] par des traitements en unité de jour mère-enfant en association avec les mesures mises en place par le médecin généraliste, le travailleur médico-social, la sage-femme visiteuse.

## Conclusion

La dépression postnatale est un problème de santé publique qui doit interpeller la société par sa fréquence et la gravité de ses effets sur les mères, les enfants et la famille. C'est une affection de longue durée dont le diagnostic est souvent négligé. L'état dépressif de certaines mères est en effet souvent toléré comme tel par l'entourage et par les professionnels de la santé à cause sans doute du manque de ressources thérapeutiques. Le passage à la chronicité peut en accroître les effets désastreux en mettant en péril la survie du couple, en augmentant le risque de négligence ou de maltraitance, en favorisant l'évolution vers les formes graves, voire la psychose puerpérale, avec les risques de suicide et d'infanticide que cela comporte.

Des essais de prévention primaire dès la grossesse et l'accouchement ont été réalisés. Il n'existe cependant pas encore d'unanimité sur les facteurs de risque, ni de méthode simple pour la réaliser. Cela ne devrait toutefois pas empêcher les titulaires des soins prénataux de mettre en application les mesures d'éducation, de conseils et de soutien préconisées pour les mères les plus exposées et leur compagnon.

La prévention secondaire est dorénavant possible grâce au questionnaire mis au point en Grande Bretagne (EPDS) [1]. La généralisation de l'utilisation de ce questionnaire ne devrait toutefois pas être entreprise sans une formation préalable des professionnels concernés au diagnostic et au traitement de la dépression postnatale chez les mères dépistées, sans la mise au point de réseaux de soins intégrés et sans l'existence de structures suffisantes pour la prise en charge des enfants aussi bien que des mères. L'interpolation à la Communauté Française de Belgique des données anglo-saxonnes permet en effet de penser que plus de 4.500 familles par an devraient pouvoir bénéficier de ce dépistage.