



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (2)

ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 06 juillet 2022

Accepté, 12 septembre 2022

Publié, 20 septembre 2022

<http://www.revue-rasp.org>

Type d'article: Recherche

État des lieux de la dépression du post-partum au centre hospitalier universitaire Antanambao Toliara

Status of postpartum depression at the Antanambao Toliara university hospital

Hasina Menja Harivola ANDRIAMANJATO^{1,*}, Bien Etoun FIABOA¹, Bertille Hortense

RAJAONARISON², Adeline RAHARIVELO², Maminirina Sonia FENOMANANA³

¹ USFR psychiatrie, CHU Antanambao Toliara, Toliara-601 Madagascar

² Faculté de Médecine d'Antananarivo, Antananarivo-101 Madagascar

³ Faculté de Médecine Toliara Madagascar

* Correspondance : hasinmenja@yahoo.fr, Tel : +26134 55 241 72

Résumé

La dépression représente l'une des complications courantes du postpartum. Elle peut avoir un impact négatif sur le développement de l'enfant et sur la relation mère-enfant, pourtant elle est souvent méconnue et banalisée par les professionnels de santé. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence de la dépression du post-partum et d'identifier les facteurs associés. Il s'agit d'une étude prospective analytique en deux temps d'évaluation, au 3ème jour du post-partum (T1) puis à la 4ème semaine du post-partum (T2) utilisant l'échelle d'Edinburgh Postnatal Depression Scale version Française. En T1, 289 parturientes ont été examinées, 14,5% ont présenté des symptomatologies dépressives. En T2, 268 ont été réexaminées, la prévalence de la dépression du post-partum a été de 10,7%. Les facteurs associés à la symptomatologie dépressive ont été : en T1: la tranche d'âge de 25 à 35 ans ($p=0,02$), les femmes mariées ($p=0,03$), une grossesse non désirée ($p=0,04$), la douleur du post-partum ($p=0,000$), la multigestité ($p=0,003$), le bébé du genre féminin ($p=0,003$), le nombre d'enfants à charge nul ($p=0,005$), les antécédents psychiatriques ($p=0,002$) et médico-chirurgicaux ($p=0,004$), et l'absence de soutien familial ($p=0,000$) ; en T2: une pathologie au cours de la grossesse ($p=0,001$), la multigestité ($p=0,04$), l'hémorragie du post-partum ($p=0,001$), l'absence d'enfants à charge ($p=0,002$) et de soutien familial ($p=0,003$). La dépression du post-partum est une réalité chez la population Tuléaroise. Plusieurs facteurs contribuent à la survenue de ce trouble. Les personnels de santé devraient dépister systématiquement les sujets à risque, avant l'installation de ce trouble.

Mots- clés : Dépression du post-partum, Dépistage, Facteurs de risque, Madagascar, Prévalence

Abstract

Depression is one of the common postpartum complications. It can have a negative impact on the development of the child and on the mother-child relationship. It is often misunderstood and trivialized by health professionals. The objective of this study is to determine the prevalence of postpartum depression and to identify associated factors. This is a prospective analytical study in two evaluation stages, on the 3rd day (T1) then on the 4th week postpartum (T2), using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In T1, 289 parturients were examined, 14.5% presented depressive symptoms. In T2, 268 were re-examined, the prevalence of postpartum depression was 10.7%. The factors associated with depression have been: in T1: the age group from 25 to 35 years ($p=0.02$), married women ($p=0.03$), unwanted pregnancy ($p=0.04$), postpartum pain ($p=0.000$), multigravidae ($p=0.003$), the baby that the gender was female ($p=0.03$), no children in charge ($p=0.005$), medical history psychiatric ($p=0.002$) and medico-surgical ($p=0.004$), and lack of family support ($p=0.000$). In T2: pathology during pregnancy ($p=0.001$), multigravidae ($p=0.04$), postpartum hemorrhage ($p=0.001$), no children in charge ($p=0.002$) and lack of family support ($p=0.003$). Postpartum depression is a reality among the Tuléaroise population. Several factors contribute to the occurrence of this disorder. Health personnel should systematically screen for subjects at risk before the onset of this disorder.

Keywords: Postpartum depression, Prevalence, Screening, Risk factors, Madagascar

1. Introduction

La naissance d'un enfant représente une période de stress et de remaniements multiples. Les processus et les remaniements psychiques qui y participent conduisent souvent à des réactivations de conflits anciens, parfois oubliés que les femmes vont surmonter de façon variable selon leur fonctionnement psychique, le contexte et l'environnement de l'arrivée de l'enfant. Ce qui fait que la périnatalité est une période de vulnérabilité propice aux décompensations, voire à l'éclosion des troubles psychiatriques. La dépression représente l'une des principales complications du post-partum.

La dépression du post-partum (DPP) représente un problème de santé publique majeur, sa prévalence varie entre 10 à 20% (M O'Hara, 2001). Pourtant elle est souvent méconnue et banalisée par les professionnels de santé. Or la survenue de la dépression du post-partum risque d'avoir des conséquences graves, non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère-bébé et par conséquent sur le développement psychoaffectif de l'enfant (J. Henderson et al., 2003, L. Murray et al., 2004). Ces constatations démontrent l'importance d'identification des mères à risques. À Madagascar, à notre connaissance aucune étude n'a encore été faite concernant la dépression du post-partum. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence de la dépression du post-partum et d'identifier les facteurs associés.

2. Matériel et méthodes

2.1. Site d'étude

L'enquête s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Antanambao Toliara au Service de gynécologie-obstétrique, qui est le centre de référence dans le Sud-Ouest de Madagascar. Toliara est le chef-lieu de la région Sud-Ouest de Madagascar. Il se trouve à 910 km de la capitale de Madagascar à l'extrémité de la Route Nationale n°7. Elle est délimitée par la région de Menabe au Nord, par Haute Matsiatra et Ihorombe à l'Est, par l'Androy au Sud-Est et le canal de Mozambique à l'Ouest. La ville de Toliara a une particularité géographique, elle est traversée par le tropique de Capricorne.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive, analytique pour relever les facteurs associés à la survenue de la dépression du post-partum

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus dans cette étude toutes les femmes ayant accouché au service de gynécologie-obstétrique au CHU Antanambao Toliara quel que soit le mode d'accouchement, durant la période du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2019, et après l'obtention d'un consentement libre et éclairé. Nous avons exclu de l'étude les femmes illettrées ou présentant une déficience intellectuelle, et celles ayant refusé de participer à l'étude.

2.4. Echantillonnage et mode de collecte des données

Un échantillonnage exhaustif a été réalisé car nous avons inclus toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion dans notre étude. La taille de l'échantillon est de 289 parturientes. Lors du deuxième temps d'évaluation, 268 ont été réexaminées ; 7,3% ont été perdue de vue.

Le questionnaire est composé de deux parties : la première concernait les données sociodémographiques telles l'âge, le statut matrimonial, la situation professionnelle, le niveau scolaire ; puis les paramètres liés à la grossesse et à l'accouchement comme la gestité, la parité, une grossesse désiré ou non, le mode d'accouchement, une complication de la suite de couche, le genre du bébé, les nombres d'enfants à charge ; ensuite les antécédents personnels médico-chirurgicaux et psychiatriques et le soutien familial.

La deuxième partie consiste à évaluer la DPP à l'aide d'un auto-questionnaire EPDS (Edinburg Post Natal Depression Scale). La version utilisée de l'EPDS comporte 10 items et sa durée de passation est de quelques minutes. 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 ≥ 9 à J3, on considère que c'est prédictif d'une DPP; si ≥ 12 entre la 4^{ème} et la 6^{ème} semaine du post-partum, alors on considère que la mère présente une dépression majeure.

L'enquête s'est déroulée en deux temps d'évaluation : la première évaluation (T1) a eu lieu le 3^{ème} jour du post-partum, au service de Maternité. Au cours de cette évaluation, nous avons passé l'échelle de l'EPDS ainsi que la fiche contenant les variables sociodémographiques et médicaux associées. La deuxième évaluation (T2) a eu lieu à la quatrième semaine après l'accouchement, par contact téléphonique ou lors de la consultation post-natale. Au cours de cette seconde évaluation, nous avons administré l'échelle EPDS. Les données ont été analysées

sur le Logiciel Statistical Package for Sociological Sciences (SPSS) for Windows, version 20.0. Les données ont été considérées significatives pour une valeur de $p < 0,05$.

Notre étude a été réalisée après l'Autorisation préalable du Directeur de l'établissement et le chef de service de la Maternité CHU Antanambao Toliara. Le consentement de la parturiente a été demandé dès le début de l'étude. L'objectif de l'étude lui est expliqué oralement, elle peut avoir la possibilité de ne pas participer à l'étude. Toutes les informations obtenues lors de la recherche sont restées strictement confidentielles. Le respect de l'anonymat avait été appliqué en utilisant des codes pour chaque dossier.

3. Résultats

L'âge moyen des mères a été de 29,4 ans avec des extrêmes de 16-45 ans ; 49,5% des mères ont été dans la tranche d'âge 25ans à 35ans, 46,7% entre 16ans à 25ans, 3,8% entre 35ans à 45ans. Les femmes accouchées ont été en couple dans 85,1% (60,2% en concubinage et 24,9% mariées) et 14,9% ont été célibataire ; 21,1% ont un niveau scolaire primaire, 54,3% pour le niveau secondaire et 24,6% pour l'enseignement supérieur ; 67,5% ont été sans emplois, 18,0% ont travaillé dans le secteur tertiaire, 12,5% dans le secteur secondaire et 2,1% dans le secteur primaire.

La grossesse a été non désirée dans 19,7% ; 17,6% ont eu des pathologies au cours de la grossesse ; 71,3% ont accouché par voie basse et 28,7% par césarienne; 52,6% ont voulu une fille et 51,9% ont eu une fille ; 5,5% des mères ont eu une complication hémorragique, 1,4% une douleur intense du post-partum et 1,4% une complication infectieuse ; 88,6% des mères ont eu un soutien familial. Pour l'antécédent, 26,0% ont eu des antécédents psychiatriques, parmi elles 89,3% ($n=67$) ont eu de la dépression, 6,7% ($n=5$), des troubles anxieux, 2,7% ($n=2$) pour les troubles psychiques du post-partum, et 1,3% ($n=1$) pour la schizophrénie.

En T1, 14,5% ont présenté un score ≥ 9 à l'EPDS. En T2, 7,3 % des mères ont été perdues de vue. Parmi les mères évaluées en T2, 10,7% ont eu un score ≥ 12 à l'EPDS.

Plusieurs facteurs ont été associés à la symptomatologie dépressive : l'âge, en particulier la tranche d'âge 25ans à 35ans ($p=0,02$) ; statut matrimonial ($p=0,03$) (Tableau I).

Tableau I : Relation entre les paramètres sociodémographiques et les scores de l'EPDS

Paramètres		T1					T2					Perdu de vue		
		EPDS<9		EPDS≥9			EPDS<12		EPDS≥12					
		n	%	n	%	P	n	%	n	%	n			
Age	[16-25ans [123(91,1)	12(8,9)				115(85,2)	10(7,4)				10(7,4)		
	[25-35ans [114(79,7)	29(20,3)	0,02			111(77,6)	21(14,7)				11(7,7)	NS	
	≥35ans	10 (90,9)	1 (9,1)				11(100,0)	0 (0,0)				0 (0,0)		
Situation matrimonia le	célibataire	42(97,7)	1(2,3)				35 (81,4)	4 (9,3)				4(9,3)		
	Concubinage	147(84,5)	27(15,5)				142(81,6)	20 (11,5)				12(6,9)		
	Mariée	58 (80,6)	14(19,4)	0,03			60(83,3)	7 (9,7)				5(6,9)	NS	
Niveau d'étude	Primaire	52(85,2)	9(14,8)	NS			51(83,2)	6(9,8)				4(6,6)	NS	
	Secondaire	139(88,5)	18(11,5)				135(86,0)	12(7,6)				10(6,4)		
	Universitaire	56(78,9)	15(21,1)				51(71,8)	13(18,3)				7(9,9)		
Profession	Secteur primaire	5(83,3)	1(16,7)	NS			5(83,2)	1(16,7)				0(0,0)	NS	
	Secteur secondaire	26(72,2)	10(27,8)				28(78,8)	7(19,4)				1(2,8)		
	Secteur tertiaire	45(86,5)	7(13,5)				41(78,8)	4(7,7)				7(13,5)		
	Sans emploi	171(87,7)	24(12,3)				163(83,6)	19(9,7)				13(6,7)		

Source : données de notre enquête (2019)

Au J3 du post-partum l'antécédent psychiatrique et les antécédents médico-chirurgicaux ont été associés significativement avec le score de l'EPDS au seuil ≥ 9 ($p=0,002$; $p=0,004$) ; (Tableau II).

Tableau II : Relation entre les antécédents et le score de l'EPDS

Paramètres	T1					T2					Perdue de vue	P
	EPDS<9		EPDS≥9			EPDS<12		EPDS≥12				
	n	%	n	%	P	n	%	n	%	n		
Psychiatrie												
Oui	59 (78,7)		16(21,3)		0,002	60 (80,0)		11 (14,7)		4 (5,3)		NS
Non	188 (87,9)		26(12,1)			177 (82,7)		20 (9,3)		17 (7,9)		
Médico-chirurgical												
HTA	16 (76,2)		5 (23,8)		0,004	17 (81,0)		4 (19,0)		0 (0,0)		NS
Diabète	1 (33,3)		2 (66,7)			2 (66,7)		1 (33,3)		0 (0,0)		
OC antérieur	15 (78,9)		4 (21,1)			16 (84,2)		2 (10,5)		1 (5,3)		
Leucorrhée pathologique	20 (80,0)		5 (20,0)			18 (72,0)		4 (16,0)		3 (12,0)		
Autres	7 (100,0)		0 (0,0)			7 (100,0)		0 (0,0)		0 (0,0)		
Aucun	188 (87,9)		26(12,1)			177 (82,7)		20 (9,3)		17 (7,9)		

Source : données de notre enquête (2019)

La multigestité a été associée significativement aux symptomatologies dépressives en T1 ($p=0,003$), et T2 ($p=0,04$). Le genre du bébé était corrélé au seuil de l'EPDS ≥ 9 ($p=0,03$). Une différence significative a été constatée lors d'une pathologie au cours de la grossesse (0,001) ; une douleur intense du post-partum a été corrélée au score de l'EPDS ≥ 9 ($p=0,000$). En T2, l'hémorragie du post-partum a été corrélée à la survenue du DPP ($p=0,001$). Une grossesse non désiré a été associée à la symptomatologie dépressive.

Dans les deux temps d'évaluation, une différence significative a été constatée entre le nombre d'enfant à charge, l'absence de soutien familiale et la survenue de la DPP (Tableau III).

Tableau III: Relation entre les variables de la grossesse, l'accouchement, le soutien familial et le score de l'EPDS

	Paramètres	T1			T2			Perdue de vue
		EPDS<9 n (%)	EPDS≥9 n (%)	P	EPDS<12 n (%)	EPDS≥12 n (%)	n (%)	P
Grossesse désirée	Oui	203(87,5)	29(12,5)		189(81,5)	23(9,9)	20(8,6)	
	Non	44(77,2)	13(22,8)	0,04	48(84,2)	8(14,0)	1(1,8)	NS
Suite de couche	Normale	236(89,1)	29(10,9)		223(84,2)	23(8,7)	9(7,1)	
	Hémorragique	8 (50,0)	8 (50,0)		7 (43,8)	7(43,8)	2(12,5)	0,001
	Fièvre	2(50,0)	2 (50,0)		3 (75,0)	1(25,0)	0(0,00)	
	Douleur	1(25,0)	3 (75,0)	0,000	4(100,0)	0(0,00)	0(0,00)	
Pathologies au cours de la grossesse	Oui	40(78,4)	11(21,6)	NS	33(64,7)	12(23,5)	6(7,6)	0,001
	Non	207(87,0)	31(13,0)		204(85,7)	19(5,7)	15(6,3)	
Gestité	Primigeste	80(95,2)	4(4,8)		74(88,1)	3(3,6)	7(8,3)	
	Multigeste	167(81,5)	38(18,5)	0,003	163(79,5)	28(13,7)	14(6,8)	0,04
Parité	Primipare	93(83,8)	18(16,2)	NS	87(78,4)	15(13,5)	9(8,1)	NS
	Multipare	154(86,5)	24(13,5)		150(84,3)	16(9,0)	12(6,7)	
Genre du bébé	Masculin	125(89,9)	14(10,1)		119(85,6)	12(8,8)	8(5,8)	
	Féminin	122(81,3)	28(18,7)	0,03	118(78,3)	19(12,7)	13(8,7)	NS
Nombre d'enfants à charge	Un	125(87,4)	18(12,6)		120(83,9)	13(9,1)	10(7,0)	
	Deux	63(87,5)	9 (12,5)		56(77,8)	8(11,1)	8(11,1)	
	Plus de deux	58(82,9)	12(17,1)		60(85,7)	7(10,0)	3(4,3)	
	Aucun	1(25,0)	3 (75,0)	0,005	1(25,0)	3(75,0)	0(0,0)	0,002
Soutien familial	Oui	227(88,7)	29(11,3)		219 (85,5)	19 (7,4)	18(7,0)	
	Non	20 (60,6)	13(39,4)	0,000	18 (54,5)	12 (36,4)	3 (9,1)	0,003

Source : données de notre enquête (2019)

4. Discussion

Description de la population d'étude

L'âge moyen de la population d'étude était 29,4ans. Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature. J. Masmoudi et al. ont trouvé une moyenne d'âge 29,12ans, ainsi que A. Varin qui mentionne une moyenne d'âge 30ans (J. Masmoudi et al., 2004, A. Varin, 2015).

Dans cette étude, 85,1% de la population d'étude étaient en couple (60,2% vivaient en concubinage, et 24,9% étaient mariées). En France, une prédominance des femmes mariées a été rapportée, soit 98,7% (N. Séjourné et al., 2018). La prédominance de concubinage dans cette population d'étude pourrait s'expliquer par la baisse de la prévalence du taux du mariage à

Madagascar. Clotilde Binet dans une étude réalisée à Antananarivo en 2003, le confirme, elle rapporte une baisse de prévalence du taux de mariage avec un taux de 72% (C. Binet, 2006).

Dans cette étude, 54,3% des mères avaient atteint le niveau d'étude secondaire et 21,1% avaient un niveau scolaire primaire. Diverses raisons pourraient expliquer ce phénomène, entre autres, la pauvreté entraînant l'éloignement des collèges, et aussi les choix des parents pour les aides aux travaux champêtres. Les adultes ayant un bas niveau de scolarisation ont des difficultés dans le monde de travail. En effet, le niveau scolaire a un retentissement sur le niveau socio-économique. Les femmes ayant des revenus faibles doivent souvent faire face de manière chronique à des stress quotidiens comme un logement insalubre, un manque d'accès aux soins de santé. En outre, le nouveau statut de mère nécessite certains moyens et aménagements, qu'ils ne peuvent pas être assumés par les jeunes parents, entraînant souvent un sentiment de culpabilité, pouvant engendrer la survenue de la dépression.

On constate que les mères sans-emplois sont dominante dans cette population d'étude soit 67,5% des cas. Dans la région sud, les femmes s'occupent de leur foyer. Même si les femmes actuelles ont plus d'indépendance et d'autonomie, elles demeurent héritières d'une tradition séculaire qui les consacre comme gardienne du foyer.

Les femmes multipares prédominaient avec un taux de 61,6% et 38,4% pour les primipares), ainsi que la multigestité, avec un taux de 70,9%. Cette prévalence pourrait s'expliquer par des croyances socioculturelles. Dans la culture Malagasy, l'enfant est considéré comme la première richesse.

Les mères avaient eu des antécédents psychiatriques dans 26,0% des cas, parmi eux 89,3% (soit $n=67$) avaient eu de la dépression. Ce résultat est élevé par rapport à celui rapporté dans la littérature. En Tunisie, R. Cherif et al., révèlent dans une étude sur la DPP que 9,3% de leur population d'étude ont eu des antécédents psychiatriques de dépression (R. Cherif R et al., 2017).

En ce qui concerne les antécédents médico-chirurgicaux, 26% des mères en avaient été sujettes. Ce résultat est proche de celui de l'étude de J. Masmoudi et al. en Tunisie, avec un taux de 23% (J. Masmoudi et al., 2004).

Prévalence de la dépression du post-partum

Dans cette étude, en T1, 14,5% ont présenté des symptomatologies dépressives. Autrement dit, elles avaient un score ≥ 9 à l'EPDS. Et lors du 2^{ème} temps d'évaluation (T2), la prévalence de la dépression du post-partum a été de 10,7% avec un score ≥ 12 à l'EPDS.

La prévalence de la dépression postnatale varie d'une étude à une autre.

Au 3^{ème} jour du postpartum, F. Teissedre et al., ont rapporté une prévalence de 30% avec un score > 9 à l'EPDS et un taux de 19% avec un score ≥ 11 (F. Teissedre et al., 2004). Une autre étude ayant utilisé un score ≥ 9 à l'EPDS, a aussi rapporté un taux élevé par rapport à ce résultat soit 25,5% (A. Varin, 2015). Et au 5^{ème} jour du postpartum, une autre étude a mentionné un taux de 20% (A. Bergant, 1999).

En France, des chercheurs ont trouvé un taux de 18,1% au seuil 11 et plus à l'EPDS entre la 4^{ème} et 6^{ème} semaine du postpartum (F. Teissedre et al., 2004). Au Liban, le taux était de 21%

avec un score ≥ 12 à l'EPDS (M. Chaaya et al., 2002). En Tunisie, le taux était de 19,8% avec score ≥ 10 entre la 6ème et la 8ème semaine du post-partum (R. Cherif R et al., 2017), de même qu'en Inde, il était de 23% (V. Patel et al., 2002).

Madagascar compte parmi les pays qui pratiquent encore les rituels postnataux, dénommés « Mifana ou Jabely (*un rituel postnatal*) » dans le dialecte local ; durant cette période la femme est bien entourée par ses proches en particulier sa mère et sa belle-mère. Le « soutien social » est considéré comme un facteur fondamental au bien-être relationnel et affectif, un facteur de protection contre les états émotionnels négatifs, notamment les symptômes associés à la dépression et à l'anxiété (D. Turcotte, 1990). Ceci pourrait expliquer cette différence.

Facteurs de risques de la dépression du post-partum

Plusieurs facteurs contribuent à la survenue de la DPP. Dans cette étude, l'âge maternel était associé de manière significative à la survenue de la symptomatologie dépressive. Les résultats dans la littérature sont controversés. R Cherif et al., ont mentionné un lien entre l'âge maternel avancé (≥ 35 ans), et les scores de l'EPDS à la première semaine du postpartum (R. Cherif et al., 2017). Mais pour certains, l'âge n'influence pas la survenue de la symptomatologie dépressive (A. Varin, 2015 ; M. O'hara et al., 1996).

Le statut matrimonial a été corrélé significativement au seuil ≥ 9 à l'EPDS en T1. Ce résultat rejoint celui de D. Amaru et al. ; ces auteurs ont mentionné que la situation de couple est un facteur significatif au développement de la DPP (D. Amaru et al., 2014). Par contre, selon M. O'Hara et al., le statut matrimonial n'a pas d'influence dans la survenue de la DPP (M. O'Hara et al., 1996 ; M'Bailara et al., 2005). L'ajustement au rôle des parents pourrait impliquer des modifications dans le fonctionnement du couple. Ces changements peuvent entraîner des conflits. Selon Rondon le mariage peut constituer un facteur de risque de morbidité psychiatrique post-partum, en particulier de dépression en cas de conflit conjugal ou d'insatisfaction conjugale (Rondon M, 2014). L'interaction sociale négative avec le partenaire est associée significativement avec la présence d'anxiété et la dépression dans la période post-natale (Kessler, 1997).

Les indicateurs d'un statut socioéconomique faible, tels qu'un bas revenu, l'absence d'emploi et le bas niveau d'étude sont reconnus comme des facteurs de risque de troubles mentaux en population générale (V. Patel et al., 2002). Des chercheurs ont mentionné que le bas niveau scolaire, les difficultés financières et le chômage contribuent à la survenue de la dépression (E. Robertson et al., 2004 ; Chung EK et al., 2004). Mais certains auteurs ont rapporté qu'il n'existe pas de lien entre le niveau d'éducation et la survenue de la DPP (O'Hara et al., 1996 ; Beck, 2002). Dans cette étude, le niveau scolaire et le statut professionnel n'avaient pas d'influence dans la survenue de la DPP.

Une grossesse non désirée est associée à la survenue de maladies mentales chez les femmes en post-partum (R. Wilkinson et al., 2010 ; H.Viinamaki et al., 1997). Dans cette étude, nous avons constaté qu'une grossesse non désirée constitue un facteur de risque au développement de la symptomatologie dépressive.

Des auteurs rapportent que les complications de l'accouchement et l'opération césarienne constituent des facteurs de risque pour l'apparition d'une maladie affective après l'accouchement (J. Caron et al., 2005). Les événements « stressants » autres que la grossesse, l'accouchement et ses éventuelles complications, rendent les parturientes plus vulnérables à la survenue des troubles psychiques du post-partum. Dans cette étude, l'hémorragie du post-partum a été associée significativement à la symptomatologie dépressive. Une différence significative a été constatée entre la douleur du post-partum et la survenue de la DPP. Ce résultat corrobore à celui de la littérature, la douleur en post-partum immédiat et la douleur à la sixième semaine du post-partum sont corrélées significativement à la symptomatologie dépressive (N. Séjourné et al., 2018).

Des auteurs rapportent que la multiparité a été significativement liée au risque de survenue de la DPP, d'autres auteurs n'ont pas trouvé ce lien (R. Cherif et al., 2017 ; D. Amaru et al., 2014 ; M. Blosh et al., 2005). Dans cette étude, le résultat était revenu non significatif. Par contre, la multigestité était corrélée significativement à l'apparition de la symptomatologie dépressive.

Dans la présente étude, le sexe du bébé a été significativement lié à un score élevé de l'EPDS en T1. A l'inverse les études ayant évalué ce facteur n'ont pas trouvé ce lien (A. Lane et al., 1997 ; Y. Zhang et al., 2016). Une différence fortement significative a été constatée entre le nombre d'enfant à charge et les scores de l'EPDS dans les deux temps d'évaluation. Les parturientes confrontées à la première expérience de la maternité semblaient les plus atteintes. Valdès et al. ont aussi rapporté une forte association entre le nombre d'enfant à charge et l'apparition de la symptomatologie dépressive en post-partum, la DPP étant élevée chez les parturientes ayant trois enfants et plus ($p=0,001$) (M. Valdès et al., 2017).

La présence d'un antécédent psychiatrique est un meilleur paramètre prédictif à la survenue de la DPP (H. Akiskal., 1988). Ce résultat s'accorde avec celui de la littérature, la présence d'un antécédent psychiatrique a été corrélée fortement de manière significative à la survenue de la symptomatologie dépressive. En plus des antécédents psychiatriques, la présence d'antécédents médicaux et la présence des pathologies somatiques au cours de la grossesse étaient associés à la symptomatologie dépressive. Ce résultat corrobore celui de la littérature, les problèmes de santé pendant leur grossesse sont associés à un score EPDS élevé (D. Amaru et al., 2014). La crainte de la mère sur l'état de santé du nouveau-né pourrait avoir un impact sur le moral maternel, surtout si ce dernier est fragile.

L'accès à la maternité est reconnu comme étant une période de grande vulnérabilité psychologique, un faible soutien de son entourage pourrait influencer le moral de la mère, et favoriser l'apparition de la symptomatologie dépressive. Dans cette étude, le manque de soutien familial était fortement corrélé avec la survenue de la dépression du post-partum à la première semaine du post-partum et à la quatrième semaine du post-partum. Ce résultat rejoint celui de J. Masmoudi et al., dans lequel l'insuffisance du soutien social et conjugal dans le post-partum immédiat a été corrélée à la symptomatologie dépressive (J. Masmoudi et al., 2014). Selon L. Séguin et al., le stress et un support social inadéquat durant la période qui suit immédiatement l'accouchement constituent un facteur de risque à la survenue des symptômes dépressifs en post-partum (L. Séguin et al., 1999).

5. Conclusion

La DPP est une entité clinique très fréquente. Bien que notre étude ne soit pas représentative de toute la population Malagasy, les résultats ont permis de démontrer que la DPP est une réalité. Plusieurs facteurs ont été associés à la survenue de la DPP. Les propositions qui émergent sont d'inciter les professionnels de santé à dépister précocement cette pathologie.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Références Bibliographiques

- Akiskal, H. S. (1988). Personality in anxiety disorders. *Psychiatry and Psychobiology*, 3(S2), 161s-166s.
- Amaru, D., & Le Bon, O. (2014). La dépression du post-partum: Corrélats et facteurs prédictifs. *Rev. Med. Brux*, 35, 10-16.
- Beck C.T. (2002) Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res*, 12(4): 453-472.
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 391-394.
- Binet, C. (2006). L'apport de l'État civil pour l'analyse du processus d'entrée en union: méthodologie et étude de cas à Madagascar. *Cahiers québécois de démographie*, 35 (1) : 7-26.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of affective disorders*, 88(1), 9-18.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Social support and mental health: concept, measures, recent studies as well as implications for clinicians. *Santé Mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Chaaya, M., Campbell, O. M. R., El Kak, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of women's mental health*, 5(2), 65-72.
- Cherif, R., Feki, I., Gassara, H., Baati, I., Sellami, R., Feki, H., ... & Masmoudi, J. (2017). Symptomatologie dépressive du post-partum: prévalence, facteurs de risque et lien avec la qualité de vie. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 45(10), 528-534.
- Chung, E.K, Mccollum, K.F, Elo, I.T, Lee, H.J, Culhane, J.F. (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*, 113(6) :e523-9.
- Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (2014). Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. *Elsevier Masson*.
- Henderson, J. J., Evans, S. F., Straton, J. A., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30(3), 175-180.

- Kumar, R. Channi.(1997) “Anybody's child”: severe disorders of mother-to-infant bonding. *The British journal of psychiatry*, 171(2) : 175-181.
- Lane, A., Keville, R., Morris, M., Kinsella, A., Turner, M., & Barry, S. (1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 550-555.
- Masmoudi, J., Charfeddine, F., Trabelsi, S., Feki, I., Ayad, B., Guermazi, M., ... & Jaoua, A. (2014). Postpartum depression: prevalence and risk factors. A prospective study concerning 302 Tunisian parturients. *La tunisie Medicale*, 92(10), 615-621.
- M'bailara, K., Swendsen, J., Glatigny-Dallay, E., Dallay, D., Roux, D., Sutter, A. L., ... & Henry, C. (2005). Le baby blues: caractérisation clinique et influence de variables psychosociales. *L'encéphale*, 31(3), 331-336.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(8), 1259-1271.
- O'Hara, M. W. (2001). La dépression du post-partum: Les études de l'Iowa. *Devenir*, 13(3), 7-20.
- O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American journal of Psychiatry*, 159(1), 43-47.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp psychiatry*, 26(4):289-95.
- Rondon, M B. (2004). Childbirth is not only complex: it may also be dangerous. *World Psychiatry*, 3(2), 98.
- SéAguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women & health*, 29(1), 57-72.
- Séjourné, N., De la Hammaide, M., Moncassin, A., O'reilly, A., & Chabrol, H. (2018). Étude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(9), 658-663.
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*, 30(4), 376-381.
- Turcotte, D. (1990). Mouvements sociaux et pratique du travail social: les passerelles du changement social. *Nouvelles pratiques sociales*, 3(1), 75-85.

Valdés, M., Hanchey, A., Muñoz, M. P., Baumert, B., & Iglesias, V. (2017). Low-level arsenic exposure during pregnancy and its association with postpartum depression: A cohort study of women from Arica, Chile. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(6), 427-435.

Varin, A. (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. *Université de Caen, Ecole de Sage-femme, Diplôme de Sage-femme*.

Viinamäki, H., Niskanen, L., Pesonen, P., & Saarikoski, S. (1997). Evolution of postpartum mental health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(3), 213-219.

Wilkinson, R. B., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 252-265.

Zhang, Y. P., Zhang, L. L., Wei, H. H., Zhang, Y., Zhang, C. L., & Porr, C. (2016). Postpartum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. *Midwifery*, 35, 47-52.

© 2022 ANDRIAMANJATO, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press
reste neutre en ce qui concerne les revendications
juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et
affiliations institutionnelles.