

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

PAIX-TRAVAIL-PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE-WORK-FATHERLAND

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDECINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Dépression du post-partum non diagnostiquée : fréquence et facteurs associés chez les femmes en post-partum à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine
par :

EVINA ONDOUA Augustin Emmanuel

Matricule : 19M1127

Directeur

Pr MVE KOH VALERE Salomon

Professeur Titulaire

Gynécologie-Obstétrique

Co-directeurs

Dr MPONO EMENGUELE Pascale

Chargé de Cours

Gynécologie-Obstétrique

Dr TCHOUANK EU KOUNGA Fabiola

Chargé de cours

Médecine interne et Spécialité



Année académique : 2025 – 2026

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	iv
REMERCIEMENTS	v
LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE	vii
LISTE DES FIGURES	xxiii
LISTE DES TABLEAUX	xxiv
LISTE DES ANNEXES	xxvi
RESUME	xxvii
ABSTRACT	xxix
CHAPITRE I: INTRODUCTION	1
I.1. CONTEXTE.....	2
I.2.QUESTION DE RECHERCHE.....	3
I.3.HYPOTHÈSE	3
I.4. OBJECTIFS	3
I.5. DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES	3
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
II.1. GENERALITES	6
II.1.1. Définitions	6
II.1.2. Intérêt	6
II.1.3. Rappel	7
II.2. ETHIOPATHOGENIE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM.....	14
II.2.1. Facteur de risque.....	14
II.2.2. Pathogénie.....	17
II.3. CLASSIFICATION	18
II.3.1. La Classification Internationale des Maladies	18
II.3.2. La classification du manuel diagnostique et statique des troubles mentaux	19
II.4. TYPE DE DESCRIPTION	21
II.4.1. La DPP d'intensité minimale à modérée ou non mélancolique	21
II.4.2. La DPP d'intensité sévère, de type mélancolique	23
II.5. CRITERES DIAGNOSTIC DE LA DPP	23
II.6. PRISE EN CHARGE	24
II.6.1.Prévention	24

II.6.2. Traitement	27
II.7. ETAT DES CONNAISSANCES.....	29
CHAPITRE III: MÉTHODOLOGIE.....	44
III.1. TYPE D'ÉTUDE	45
III.2. SITES D'ÉTUDE	45
III.3. DURÉE ET PÉRIODE D'ÉTUDE.....	46
III.4. POPULATION D'ÉTUDE.....	46
III.4.1. Population cible	46
III.4.2. Population source	46
III.4.3. Critères d'inclusion.....	46
III.4.4. Critères de non-inclusion Cependant nous n'avons pas inclus dans cette étude :	46
III.4.5. Critères d'exclusion.....	47
III.4.6. Calcul de la taille de l'échantillon	47
III.5. OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES	47
III.5.1. Ressources humaines.....	47
III.5.2. Ressources matérielles.....	48
III.6. PROCÉDURE DE COLLECTE.....	48
III.6.1 Formalité administrative.....	48
III.6.2 Préparation.....	48
III.6.3 Collecte de donnée.....	48
III.7. VARIABLES.....	50
III.7.1. Variable dépendante	50
III.7.2. Variables indépendantes	50
III.8. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES DONNÉES	50
III.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET ADMINISTRATIVES.....	51
CHAPITRE IV : RESULTATS	52
CHAPITRE V : DISCUSSION	84
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	94
REFERENCES	97
ANNEXES	xxxii

PRELIMINAIRES

DEDICACE

À ma Mère chérie, Madame KEUMEGNE Suzanne.

À ma grand-mère adorée, Madame NZEALE Marie-Bernadette.

À mon regretté grand-père et père, Monsieur NZEALE Jack.

« Ne pleure pas parce que c'est terminé, souris parce que c'est arrivé »

REMERCIEMENTS

Nous rendons grâce au Seigneur Dieu Tout-Puissant, notre tout, en tout, et pour tout, pour ses innombrables bénédictions et pour nous avoir accompagné tout au long de ce parcours académique et de mené à terme ce travail.

La réalisation de cette thèse a bénéficié du soutien et de l'accompagnement de nombreuses personnes à qui nous exprimons notre profonde gratitude.

- Au **Pr MVE KOH Valère Salomon**, Directeur de cette thèse, pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre accessibilité, votre attention à l'égard de nos diverses préoccupations. La qualité de votre encadrement, ainsi que la rigueur scientifique que vous nous avez transmise. Votre Éloquence dans la dispensation de l'enseignement et votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître exemplaire. Veuillez trouver l'expression de notre profonde gratitude.
- Au **Dr Mpono Emenguele Pascale**, co-directrice de cette thèse, pour votre accompagnement constant, votre patience, votre bienveillance et votre sens du détail. Vos orientations et conseils méthodologiques et votre disponibilité ont été d'un apport précieux à la réalisation de ce travail. Veuillez cher Maître, trouver en ce modeste travail, l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.
- Au **Dr Tchouanke Fabiola**, co-directrice de cette thèse, pour vos conseils, votre disponibilité ainsi que votre contribution à l'amélioration scientifique de ce travail, sont de haute valeur ajoutée. Recevez ici, cher maître, l'expression de notre attachement et de notre profond respect.
- Au **Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA**, Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, et à son staff administratif et enseignant pour l'accompagnement tout au long de notre formation.
- Au **personnel enseignant et administratif** de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Pour la qualité de la formation reçue, et pour l'encadrement aussi bien académique qu'humain.
- Aux **membres du jury**, qui nous font l'honneur d'évaluer ce travail, merci pour vos remarques et conseils.

- Au **personnel de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY)**, pour l'accueil chaleureux et la collaboration dont nous avons bénéficié durant la période de collecte des données.
- À toutes les **femmes ayant accepté de participer à cette étude**, nous adressons nos sincères remerciements pour leur disponibilité et leur confiance. Malgré les différentes contraintes du post-partum. Leur contribution a été essentielle à la réalisation de ce travail.
- À ma mère, Madame **KEUMEGNE Suzanne**, ma grand-mère Madame **NZEALE Marie-Bernadette**, ma Tante **Madame NZEALE Mireille**, merci pour l'amour et le soutien inconditionnel ; je vous aime tellement.
- À mon grand-père, feu monsieur **NZEALE Jack**, merci de continuer de nous accompagner et de veiller sur nous, je continue à chérir les valeurs que tu m'as inculqué.
- À mon Oncle **NOUBIAP** jean jacques, merci pour tout tes efforts et ton soutien.
- À mon grand frère **FEUKOA Daniel**, pour ton soutien constant envers et contre tout.
- À mes **Oncles et Tantes**, merci pour vos conseils et votre soutien. Recevez ma profonde gratitude.
- À mes **Cousins et Cousines, mes frères et sœurs**, je rends grâce à DIEU de vous avoir.
- À mes amis **Jean-Christophe, Michael, Daniel, Cynthia, Sharon, Carrelle et Cédric**, devenus plus que des amis mais des frères.
- À ma bande de Nkonanbeng, merci beaucoup.
- À tous mes promotionnaires, merci pour tous les moments passés à vos côtés.
- À tous ceux ayant participé de près ou de loin à chaque étape de ce parcours, je vous remercie.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr MEKA née NGO UM Esther

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :

Pr OWONA MANGA Léon Jules

Vice-Doyen chargé de la Sclolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants :

Pr NGANOU Christ Nadège

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr NDONGO

AMOUGOU Sylvie Laurette Evelyne épouse NZAME

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Sclolarité et de la Recherche :

Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Pr NDIBI OLA'A

Frédéric Xavier

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMSHI Alfred

Chef du Centre de Reproduction : Mr MBILI Jean Patrice

Chef de la Cellule Informatique : Mr IMAM Franck Giresse

Chef de Service Financier : Mme ESSONO AKOA Linda Philomène Stella

Chef de Service Adjoint Financier : Mme NGA ONANA Anastasie Cristel

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Mme EVENE

NOAH Pierrine Véronique épouse ASSE MBOLE

Chef de Service Adjoint Administration Générale et du Personnel : Mme

MOUSTAPHA Bintou

Chef de Service des Diplômes : Dr NDOBO Juliette Valérie Danièle

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Sclolarité et des Statistiques : Dr BEYAMA BEYAMA Abdon

Chef de Service Adjoint de la Sclolarité et des Statistiques : Mme FAGNI

MBOUOMBO AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mr MOUANDJO BEBE Robert

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance: Dr NDONGO née

MAPONO EMENGUELE Pascale

Bibliothécaire en Chef : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : Mr MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Buccale : Dr EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur de la Filière de Médecine Générale : Pr KOWO Mathurin Pierre

Coordonnateur de la Filière Odontologie : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie : Pr HANDY Daniel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr BOOMBHI Jérôme Hilaire

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr NGUEFACK Séraphin

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr AMA MOOR Vicky Jocelyne

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr ESSI Marie Josée

Coordonnateur du CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

Coordonnateur Adjoint du CESSI : Mr MEZI SATEGUE William

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2015-2024)

3. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
	NDJOCK Louis Richard (CD)	P	ORL-CCF
	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
	ESSOMBA Arthur	P	Chirurgie Générale
	EYENGA Victor Claude	P	Chirurgie/Neurochirurgie
	GUIFO Marc Leroy	P	Chirurgie Générale
	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	MA	Urologie
	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
	FOSSI KAMGA GACELLE	MA	Chirurgie Pédiatrique
	FOUDA Jean Cédric	MA	Urologie
	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
	MVE MVONDO Charles	MA	Chirurgie Cardiaque
	NWAHA MAKON Axel Stéphane	MA	Urologie
	NYANIT BOB Dorcas	MA	Chirurgie Pédiatrique
	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	MA	Neurochirurgie
	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale

	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	CC	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
	MBELE Richard II	CC	Chirurgie Thoracique
	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	CC	Neurochirurgie
	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
	MVONDO ONANA Pierre	CC	Chirurgie Viscérale et Digestive
	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	CC	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
	NGO YON Laurence Carole	CC	Chirurgie Cardiaque
	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
	EYA MVONDO Eric Stéphane	AS	Chirurgie Générale
	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie Générale
	KOUNA TSALA Irène Nadine	AS	Chirurgie Pédiatrique
DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION			
	ZE MINKANDE Jacqueline (CD)	P	Anesthésie-Réanimation
	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
	AMENGLE Albert Ludovic	MCA	Anesthésie-Réanimation
	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
	GOUAG	CC	Anesthésie Réanimation
	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
	ANKOUANE ANDOULO Firmin	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entéro.
	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
	HAMADOU BA	P	Médecine Interne/Cardiologie
	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
	MENANGA Alain Patrick	P	Médecine Interne/Cardiologie
	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne/Neurologie

NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MCA	Médecine Interne/Endocrinologie
FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
ATENGUENA OBALEMBA Etienne	MA	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
EBENE MANON Guillaume	CC	Médecine Interne/Cardiologie
ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	CC	Médecine Interne/Néphrologie
FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
KUABAN Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
MANDENG Nadia Jacqueline	CC	Médecine Interne/Médecine Interne
MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	CC	Médecine Interne/Pneumologie
NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie

	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	CC	Médecine Interne/Pneumologie
	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA M.	CC	Médecine Interne/Néphrologie
	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
	TSAGUE KENGNI Hermann Nestor	CC	Médecine Interne/Cardiologie
	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
	BELINGA EDIMA Victor Fabrice	AS	Médecine Interne/Neurologie
	BELINGA KYE ESSOMBI Olivia Constance	AS	Médecine Interne/Pneumologie
	BIWOLE SIDA Ghislaine Rachel	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
	DOUN FOU DA Anne Stéphanie Elodie	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
	ESSAMA BIBI Suzanne Doris épouse NKECK	AS	Médecine Interne/Endocrinologie
	KOLLO NZIMA Brice Kevin	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
	POKA MAYAP Virginie	AS	Médecine Interne/Pneumologie
	TIMNOU BEKOUTI Jean	AS	Médecine Interne/Cardiologie
	TCHOUMI LEUWAT Eric Pascal	AS	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
	TONYE Lydienne Alida	AS	Médecine Interne/Cardiologie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
	GUEGANG GOUJOU. E.	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
	NWATSOCK Joseph Francis	MA	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	CC	Radiologie et Imagerie Médicale
	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
	ZE NGBWA MIMI-Flore épouse PENDA MOMASSO	CC	Radiologue
	ALLA TAKAM Clémence épouse TAKOUDA	AS	Médecine Nucléaire
	AWOUDOU II Christian Junior	AS	Médecine Nucléaire
	MBONO EDOA Doriane Murielle	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
	DOHBIT Julius SAMA	P	Gynécologie Obstétrique

FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
KASIA JEAN MARIE	P	Gynécologie Obstétrique
KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
TEBEU Pierre Marie	p	Gynécologie Obstétrique
MVE KOH Valère Salomon	P	Gynécologie Obstétrique
NOA NDOUA Claude Cyrille	P	Gynécologie Obstétrique
FOUEDJIO Jeanne H.	MCA	Gynécologie Obstétrique
BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique
ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
EBONG Cliford EBONTANE	MA	Gynécologie Obstétrique
MBOUA BATOU M Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie Obstétrique
NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie Obstétrique
TOMPEEN Isidore	MA	Gynécologie Obstétrique
MBOUA BATOU M Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	CC	Gynécologie Obstétrique
NGAHA BONJA Junie épouse YANEU	CC	Gynécologie Obstétrique
NGO DINGOM Madye Ange	CC	Gynécologie Obstétrique
NGONO AKAM Marga Vanina	CC	Gynécologie Obstétrique
KODOUME MOTOLOUZE	AS	Gynécologie Obstétrique
KUTNJEM IBRAHIM BELLO MONKAREE	AS	Gynécologie Obstétrique
MOL Henri Léonard Chatelein	AS	Gynécologie Obstétrique
NDJEUNGA Bertine Manuela	AS	Gynécologie Obstétrique
NGASSAM KETCHATCHAM Anny Nadège	AS	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE		
DJOMOU François (CD)	P	ORL
DOHVOMA Andin Viola	P	Ophtalmologie
EBANA MVOGO Stève Robert	P	Ophtalmologie
ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
KOKI Godefroy	P	Ophtalmologie
NJOCK Richard	P	ORL
OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale

	NGABA Olive	MC	ORL-CCF
	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL-CCF
	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-CCF
	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF
	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL	MA	ORL-CCF
	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
	MOUANGUE Louise épouse MBONDJO	CC	ORL-CCF
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
	CHELO David	P	Pédiatrie
	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	P	Pédiatrie
	MBASSI AWA	P	Pédiatrie
	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	MC	Pédiatrie
	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
	ELOUNDOU ODI Eugène Bertrand	AS	Pédiatrie
	NYEMB MBOG Grâce Joëlle Thérèse	AS	Pédiatrie Oncologie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
	MBOPI KEOU François-Xavier(CD)	P	Bactériologie/ Virologie
	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie

Dépression du post-partum non diagnostiquée : fréquence et facteurs associés chez les femmes
en post-partum à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

	MBANYA Dora	P	Hématologie
	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	MC	Hématologie
	VOUNDI VOUNDI Esther	MC	Virologie
	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	CC	Biologie Clinique /Hématologie
	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie et Maladies Infectieuses
	FOKAM Joseph	CC	Microbiologie
	MBOUYAP Pretty Rosereine	CC	Pharmacologie
	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Biologie Clinique
	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
	NSA'AMANG Carolle-Snelle épouse EYEBE	CC	Biologie Clinique
	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
	KAMGNO Joseph(CD)	P	Santé Publique /Epidémiologie
	ESSI Marie Josée	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
	BEDIANG Georges Wylfred	P	Informatique Médicale/Santé Publique
	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /Biostatistique
	TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
	NJOUMEMI ZAKARIAOU	MC	Santé Publique/Economie de la Santé
	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	CC	Santé Publique
	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
	MAPA TASSOU Clarisse épouse ETEME ABOUDI	CC	Expert en Promotion de la Santé et Analyse des Politiques de la Santé
	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle

	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
	NAAMBOW ANABA Edwige Christelle	CC	Anthropologie Médicale
	NKENGFAK GERMAINE SYLVIE	CC	Nutrition
	ONDOUA MBENGONO Laure Julienne	CC	Psychologue
	ABBA-KABIR HAAMIT-M	AS	Pharmacien
	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
	EFA Salomon Francis	AS	Santé et Environnement
	MELINGUI Bernard Fortune	AS	Epidémiologiste
	NDIBI ABANDA Jean	AS	Epidémiologiste
	NGAKO PAMEN épouse BOUBA Haman Joëlle Nounouce	AS	Economie de la Santé
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
	MENDIMI NKODO Joseph(CD)	P	Anatomie Pathologie
	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
	BISSOU MAHOP	MC	Médecine de Sport
	KABEYENE OKONO Angèle	MC	Histologie/Embryologie
	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
	NSEME Eric	MC	Médecine Légale
	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
	ESSAME Eric Fabrice	CC	Anatomie pathologie
	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomie pathologie
	NDOUMBA AFOUBA Alice Ghislaine épouse ABESSOLO	CC	Anatomie Pathologie
	NKEGOUUM Blaise	CC	Anatomie Pathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith(CD)	P	Biologie Moléculaire
	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
	ETOUNDI NGOA Laurent Serges(CD)	P	Physiologie
	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
	David Emery TSALA	MC	Physiologie
	DZUDIE TAMDJIA Anastase Innocent	MC	Physiologie
	AZABJI KENFACK Marcel	MC	Physiologie

	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE			
	ESSAMA ENO BELINGA Lawrence épouse BELL NGAN (CD)	MC	
	BENGONDO MESSANGA Charles	P	Stomatologie
	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
	NOKAM TAGUEMNE M.E.	MC	Médecine Dentaire
	KWEDI Karl Guy Grégoire	CC	Chirurgie Bucco-Dentaire
	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
DEPARTEMENT D'IMPLANTOLOGIE-PARODONTOLOGIE-PROTHESE			
	NDJOH Jules Julien (CD)	CC	Chirurgien Dentiste (Implantologie-Parodontologie)
	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire (Prothèse)
	NIBEYE Yannick Carine Brice	CC	Bactériologie
	AKENA NDENG Lydie Sandra	AS	Chirurgien Dentiste
	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentiste
DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE			
	MENGONG épouse MONEBOULOU Perpétue Hortense (CD)	CC	Odontologie Pédiatrique
	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie Organique
	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
	TALLA Clovis	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
	ZINGUE Stéphane (CD)	P	Physiologie et Pharmacologie
	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
	TEMBE ACHICK Estella épse FOKUNANG	P	Pharmacologie Clinique

	ANGO Yves Patrick	CC	Chimie des substances naturelles
	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	CC	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
	NYANGONO NDONGO Martin	MA	Pharmacie
	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	CC	Pharmacologie
	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	CC	Réglementation Pharmaceutique
	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
	ABA'A Marthe Dereine	AS	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
	EMANDA EKOUDI Martin Gogonet	AS	Pharmacie
	FOE ESSOMBA Joseph Rodrigue	AS	Biotechnologie
	NDAM NDJITOYAP MOLUH Yvon Daniel Arouna	AS	Réglementation et Inspectorat Pharmaceutiques
	NKO'O NTYAM David Lionel	AS	Pharmacie

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistants

Total = 289

P = 66

MC = 49

CC = 105

AS = 69

SERMENT



LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES

%.	Pourcentage
AG	Age gestationnel
ATCD	Antécédent
APA	American Psychiatric Association
CHUY	Centre Hospitalier Universitaire de yaoundé
COVID-19.	Coronavirus Disease 2019
CIM-10.	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CPN.	Consultations prénatales
DSM-5.	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DPP	Dépression du post-partum
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FMSB.	Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
HGOPY	Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de Confiance
SPSS.	Statistical Package for the Social Sciences
OR	Odds Ratio
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RR	Risque relatif

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : flux de recrutement de la population	53
Figure 2 : répartition des participantes selon le niveau d'instruction	56
Figure 3 : distribution des participantes en fonction des complications de la grossesse	58
Figure 4 : distribution participantes en fonction du type de complication de la grossesse	60
Figure 5 : représentation des différents ressentis des participantes durant l'accouchement	62
Figure 6 : représentation des participantes en fonctions des différents évènements difficiles durant la grossesse.....	67
Figure 7 : répartition des participantes dépistée selon la sévérité de la DPP	72

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : classification des troubles psychoaffectifs du post-partum selon la CIM-10 10. ...	19
Tableau II : critères diagnostiques d'un épisode dépressif Majeur (EDM) (DSM-5).....	20
Tableau III : résumé sur les caractéristiques dépression du post-partum et dépression ordinaire.	23
Tableau IV : état des connaissances.	29
Tableau V : répartition des participantes en fonction de l'âge et du statut matrimonial.....	54
Tableau VI : répartition des participantes en fonction des revenus, du niveau socio-économique et du nombre d'enfant à charge.....	55
Tableau VII : répartition des participantes en fonction de la gestité, de la parité et du suivi prénatal.....	57
Tableau VIII : répartition des participantes en fonction de la voie d'accouchement, de l'expérience de l'accouchement, et des complications du post-partum	61
Tableau IX : répartition des participantes en fonction des pathologies chroniques connues et de leur suivi.....	63
Tableau X : répartition des participantes en fonction des antécédents de trouble psychiatrique	64
Tableau XI : répartition des participantes en fonction du désir et de la planification de grossesse.....	65
Tableau XII : répartition des participantes en fonction du vécu émotionnel, de l'accompagnement et du soutien global perçus durant la grossesse	66
Tableau XIII : répartition des participantes en fonction de la relation et soutien conjugale....	68
Tableau XIV : répartition des participantes en fonction du soutien et l'accompagnement global	69
Tableau XV : répartition des participantes en fonction de la présence ressenti du soutien global et du sentiment d'isolement depuis la naissance.....	70
Tableau XVI : fréquence de la DPP chez les femmes en post-partum à HGOPY	71
Tableau XVII : association entre l'âge, le statut matrimonial et la DPP.....	73
Tableau XVIII : association entre niveau d'éducation, activités génératrices de revenu, niveau socio-économique et la DPP	74
Tableau XIX : association entre gestité, complications durant la grossesse et la DPP.....	76

Tableau XX : association entre le vécu de l'accouchement, les complications du post-partum et la DPP	77
Tableau XXI : association entre le désir de grossesse, le ressenti et l'accompagnement durant la grossesse et la DPP.....	78
Tableau XXII : association entre l'éducation sanitaire périnatale, les problèmes financiers au cours de la grossesse et la DPP	79
Tableau XXIII : association entre la qualité de la relation conjugale, la violence physique et la DPP	80
Tableau XXIV : association entre la Participation et le soutien du conjoint et la DPP	81
Tableau XXV : association entre le soutien global, le sentiment d'isolement depuis la naissance et la DPP.....	82
Tableau XXVI : facteurs associés à la DPP après régression logistique.....	83

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Clairance éthique	xxxii
Annexe 2: Autorisation de recherche	xxxiii
Annexe 3: Formulaire de consentement éclairé	xxxiv
Annexe 4 : questionnaires d'étude – thèse de médecine	xxxv
Annexe 5: Test anti plagiat.....	xxxix

RESUME

Introduction : la dépression du post-partum (DPP) représente un enjeu de l'obstétrique moderne. Jusqu'ici, les prévalences de DPP les plus importantes ont été retrouvées dans le continent Africain. Elle exerce un impact crucial sur la morbi-mortalité maternelle et infantile, notamment sur la santé maternelle, l'équilibre familiale et le développement de l'enfant, pouvant aller jusqu'au suicide. Avec une forte hétérogénéité, sa survenue est associée à plusieurs facteurs dépendants du contexte.

Objectif : étudier la fréquence et les facteurs associés à la survenue de la DPP chez les femmes en post-partum à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

Méthodologie : il s'agissait d'une étude transversale analytique, à collecte prospective chez les accouchées ayant consultées du 1^{er} Février au 30 Avril 2026 dans les services de gynécologie et vaccination de HGOPY. Nous avons inclus les femmes à six semaines post-partum, après exclusion des participantes s'étant désistées ainsi que des questionnaires incomplets. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche préétablie et prétestée chez 20 femmes en post-partum. L'analyse a été effectuée avec SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 26.0, avec une présentation des résultats sous forme de tableaux et graphiques. Les variables d'intérêt de notre étude étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et psychosociales. Un questionnaire diagnostique adapté du DSM-5 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 5th Edition) a été utilisé pour diagnostiquer la DPP, et les odd ratio ont été utilisés pour estimer les associations entre les variables indépendantes et la DPP. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS avec un seuil de significativité fixé à 5% par régression logistique bivariée puis multivariée.

Résultat : au total 228 femmes ont été incluses. Une fréquence de 14,4% [8,9% - 22,4%] de DPP a été retrouvée ; parmi lesquelles les formes graves 6,1% [3,7%-17%] ; moyennement graves 48,5% [24,8%-69,9%] ; moyennes 45,5% [19,8%-64,3%] ; légères 0,0%. En analyse bivariée les facteurs associés à la DPP étaient : La situation de célibat (OR=45,1[8,57-116,6] ; $P<0,001$) ; les complications de grossesse (OR=4,86[1,57-16,0] ; $P=0,007$) ; un ressenti émotionnel difficile au cours de la grossesse (OR=9,8[2,21-53,1] ; $P=0,004$) ; l'absence d'accompagnement reçu au cours de la grossesse (OR=3,57[1,06-11,6] ; $P=0,034$) ; une éducation sanitaire périnatale peu satisfaisante par le personnel soignant (OR=5,41[1,47-23,1] ; $P=0,014$) ; un manque de soutien du conjoint durant la grossesse (OR=5,42[1,74-18,9] ; $P=0,005$) ; une expérience négative de l'accouchement (OR=9,0[1,99-64,3] ; $P=0,009$) ; une

impression de danger pour la mère ou le bébé (OR=3,56[1,16-12,3] ; P=0,031) ; participation non satisfaisante du conjoint dans les soins du bébé (OR=7,88[2,04-31,6] ; P=0,003) ; une relation conjugale conflictuelle (OR=7,2[1,79-31,0] ; P=0,006) ; un sentiment d'isolement depuis la naissance du bébé (OR=9,12[2,85-32,9] ; P<0,001) ; un niveau de soutien global jugé moyen (OR=7,65[1,87-51,8], P=0,012) et faible (OR=26,0[3,24-27,4] ; P=0,003). Après analyse multivariée par régression logistique, les seuls facteurs indépendants associés à la DPP étaient : la situation de célibat (OR=40,6[4,11-438] ; P<0,001) ; le manque de soutien du conjoint (OR=17,5[1,09-21,39] ; P=0,042) ; les complications de grossesse (OR=44,5[2,93-114,9] ; P=0,003) ; une expérience négative de l'accouchement (OR=8,63[1,01-8,74] ; P=0,048) ; une éducation sanitaire périnatale peu ou pas satisfaisant par le personnel soignant (OR=14,8[1,68-15,67] ; P=0,012).

Conclusion : Ces résultats soulignent le rôle combiné des facteurs sociaux, obstétricaux et relationnels dans la santé mentale maternelle. Ainsi, une sensibilisation et une détection de la DPP dans le contexte hospitalier et domestique pourrait être le meilleur moyen de réduire les cas de DPP non diagnostiqués et ainsi de prévenir l'évolution vers la létalité.

Mots clés : dépression du post-partum, non diagnostiqué, fréquence, facteurs associés, Yaoundé.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a major concern in modern obstetrics. To date, the highest reported frequencies of PPD have been observed in Africa. It has a substantial impact on maternal and infant morbidity and mortality, affecting maternal health, family well-being, and child development, and may even lead to suicide. Its occurrence is highly heterogeneous and is associated with multiple context-specific factors.

Objective: The major objective of our research is to study the frequency of postpartum depression and identify factors associated with its occurrence among postpartum women attending the Yaoundé Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital (YGOPH).

Methods: We conducted a prospective analytical cross-sectional study among women who attended the gynecology and vaccination units of YGOPH between February 1 and April 30, 2026. Women at six weeks postpartum were included after excluding those who withdrew from the study and those with incomplete questionnaires. Data were collected using a pre-established and pretested questionnaire administered to 20 postpartum women prior to the study. Statistical analyses were performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 26.0, and results were presented in tables and figures. The variables of interest included sociodemographic, clinical, and psychosocial characteristics. Postpartum depression was diagnosed using a questionnaire adapted from the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). Odds ratios were used to assess associations between independent variables and PPD. Data analysis was conducted using bivariate and multivariate logistic regression, with statistical significance set at 5%.

Results: A total of 228 women were included. The frequency of PPD was 14.4% [8.9%–22.4%]. Among affected women, severe forms accounted for 6.1% [3.7%–17.0%], moderately severe forms for 48.5% [24.8%–69.9%], moderate forms for 45.5% [19.8%–64.3%], while no mild cases were identified. In bivariate analysis, factors associated with PPD were: being single (OR = 45.1 [8.57–116.6]; $p < 0.001$), pregnancy complications (OR = 4.86 [1.57–16.0]; $p = 0.007$), a difficult emotional experience during pregnancy (OR = 9.8 [2.21–53.1]; $p = 0.004$), lack of support during pregnancy (OR = 3.57 [1.06–11.6]; $p = 0.034$), inadequate perinatal

health education provided by healthcare workers (OR = 5.41 [1.47–23.1]; $p = 0.014$), insufficient partner support during pregnancy (OR = 5.42 [1.74–18.9]; $p = 0.005$), a negative childbirth experience (OR = 9.0 [1.99–64.3]; $p = 0.009$), perceived danger to the mother or baby during childbirth (OR = 3.56 [1.16–12.3]; $p = 0.031$), unsatisfactory partner involvement in infant care (OR = 7.88 [2.04–31.6]; $p = 0.003$), a conflictual marital relationship (OR = 7.2 [1.79–31.0]; $p = 0.006$), feelings of isolation since the baby's birth (OR = 9.12 [2.85–32.9]; $p < 0.001$), and a global support level perceived as moderate (OR = 7.65 [1.87–51.8]; $p = 0.012$) or low (OR = 26.0 [3.24–27.4]; $p = 0.003$). After multivariate logistic regression, the only factors independently associated with PPD were being single (OR = 40.6 [4.11–438]; $p < 0.001$), lack of partner support (OR = 17.5 [1.09–21.39]; $p = 0.042$), pregnancy complications (OR = 44.5 [2.93–114.9]; $p = 0.003$), a negative childbirth experience (OR = 8.63 [1.01–8.74]; $p = 0.048$), and inadequate or absent perinatal health education provided by healthcare workers (OR = 14.8 [1.68–15.67]; $p = 0.012$).

Conclusion: Postpartum depression affected approximately one out of every women in our study population. Several sociodemographic, clinical, and psychosocial factors were associated with its occurrence, highlighting the importance of early screening and comprehensive maternal support during pregnancy and the postpartum period.

Keywords: Postpartum depression; postpartum women; frequency; associated factors; Yaoundé; Cameroon.

CHAPITRE I: INTRODUCTION

I.1. CONTEXTE

La dépression du post-partum (DPP) est définie comme un ou plusieurs épisodes dépressifs survenant durant la période post-natale, susceptible d'altérer la santé de la mère et le développement du nourrisson selon l'American Psychiatric Association (APA) [1]. La maternité, bien qu'étant un accomplissement et une source de bonheur, constitue aussi une période de grande vulnérabilité émotionnelle, pouvant favoriser l'émergence de troubles anxio-dépressifs. C'est une problématique récente de l'obstétrique moderne.

Selon l'APA, la prévalence de la DPP est de 13% dans le monde, soit environ 1 femme sur 8, ce qui représente plus de 2,8 millions de cas par an [1]. Plusieurs revues et méta-analyses multinationales montrent que sa fréquence connaît une hausse. Ainsi la prévalence était de 11,9 % selon Woody et al en 2017, dans une étude portant sur 565000 femmes, incluant 96 pays [2]. Quatre ans plus tard Wang Z et al, dans une méta-analyse incluant 565 études issues de 80 pays, ont retrouvé une prévalence de 17,2%, soit 1,5 fois celle de 2017 [3]. De même une augmentation a été retrouvée en Angleterre, avec une prévalence qui est passée de 10,3% en 2014 à 23,9% en 2020 selon Harrison et al[4]. En France, une cohorte de 3833 femmes, a retrouvé une fréquence de 72,1% de DPP avec une évolution asymptomatique, certaines formes demeurant silencieuses ou retardées selon Tebeka S et al[5].

En Afrique, la DPP touche une proportion encore plus élevée de femmes avec une prévalence de 19% dans une revue incluant 40 953 femmes[6]. En Éthiopie, la prévalence était de 33%[7] ; au Nigeria elle atteint 34% [8], soit environ 1,5 fois celle de l'Angleterre. Malgré sa fréquence, elle demeure une pathologie sous-diagnostiquée dans le contexte africain. En Afrique du Sud, près de la moitié des cas (50%) demeuraient non diagnostiqués selon Gastaldon et al[9]. Aussi, dans une autre série concernant plus de 10 000 femmes, plus de 70% des femmes ayant des symptômes dépressifs n'ont pas déclaré leurs symptômes selon Iancu et al[10].

Au Cameroun, de rares études disponibles ont retrouvé des fréquences de DPP variant autour de 30%, soit 1,4 fois celle de l'Angleterre selon Adama et al[11] et Dingana et al[12].

La DPP non diagnostiquée a un impact considérable sur de nombreuses familles, comme l'illustre McGovern et al. Une analyse longitudinale sur 15 ans, qui révèle une association entre la DPP et un risque accru de difficultés matérielles et financières, et une baisse du taux d'emploi [13]. Une étude de cohorte, sur 9 ans, incluant 2 882 cas de DPP, a retrouvé un risque de suicide d'environ 18,7 fois supérieur à celui des femmes ne présentant pas de DPP[14]. De même une autre cohorte de 82 418 mères-enfants, a associé la DPP à un risque d'environ 1,25 fois supérieure de retard neuro-développemental chez les nourrissons selon Matsumura et al[15]

Plusieurs études internationales ont fait ressortir des facteurs associés à la DPP, variant d'un contexte à un autre. Si une cohorte Américaine de 336 522 femmes a identifié les antécédents psychiatriques comme principal facteur associé à la DPP[16]. Une autre cohorte au Nigeria a plutôt retrouvé la violence conjugale[17] . Ces divergences témoignent de la forte hétérogénéité de la DPP selon l'environnement culturel. Les études Camerounaises demeurent peu nombreuses. Raison pour laquelle nous avons entrepris de mener une étude dont l'objectif était de dépister la DPP, calculer sa fréquence, et identifier les facteurs associés chez les femmes en post-partum.

I.2.QUESTION DE RECHERCHE

Quelle est la fréquence de la DPP non diagnostiquée chez les femmes en post-partum à Yaoundé, et quels sont les facteurs associés dans notre contexte local ?

I.3.HYPOTHÈSE

La dépression du post-partum non diagnostiquée est fréquente chez les femmes dans les structures hospitalières de Yaoundé, et sa survenue est significativement associée à des facteurs sociodémographiques, cliniques et psychosociaux.

I.4. OBJECTIFS

a) Objectif général

Étudier la fréquence et les facteurs associés à la survenue de la DPP dans la formation sanitaire sélectionnée.

b) Objectifs spécifiques

1. Décrire les profils sociodémographiques, cliniques et psychosociaux des participantes de l'étude.
2. Calculer la fréquence de la DPP non diagnostiquée dans notre population d'étude
3. Établir la classification de sévérité des patientes dans la population d'étude
4. Déterminer les facteurs associés à l'apparition de la DPP dans la population d'étude.

I.5. DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES TERMES

- Post-partum : moment correspondant à six semaines après l'accouchement.
- Forme silencieuse de la DPP : situation dans laquelle la femme ne verbalise pas ouvertement sa souffrance psychologique.
- Symptômes cardinaux : symptômes majeurs de la dépression, constitués de l'humeur dépressive et de l'anhédonie.

- Anhédonie : diminution ou perte de la capacité à ressentir du plaisir dans les activités habituellement agréables.
- Niveau socio-économique : appréciation subjective de la participante de la suffisance de ses ressources financières par rapport à ses besoins et obligations quotidiennes.
- Substance psychoactive : substance susceptible d'altérer les processus mentaux, comme les fonctions cognitives après ingestion ou administration.
- Complication de grossesse : tout événement médical survenu durant la grossesse, susceptible d'altérer la santé de la mère ou du fœtus.
- Expérience négative de l'accouchement : vécu difficile ou traumatisant concernant le déroulement de l'accouchement.
- Éducation sanitaire périnatale : perception par la participante du caractère satisfaisant des informations, explications et conseils reçus des professionnels de santé au cours de la grossesse, indépendamment de la quantité ou qualité réelle de l'éducation fournie.
- Soutien : aide apportée à la femme sur le plan émotionnel, matériel et/ou pratique.
- Relation conjugale conflictuelle : relation marquée par des tensions ou disputes fréquentes entre les partenaires.
- Violence conjugale : toute agression corporelle exercée par le partenaire sur la participante.
- Trouble anxieux : présence de symptômes tels que l'inquiétude excessive, l'irritabilité, l'agitation, la peur persistante ou les crises de panique chez la participante.
- Soutien conjugal : présence d'une aide émotionnelle, psychologique, matérielle ou physique apportée par le conjoint/partenaire, incluant l'écoute, l'assistance dans les soins du nourrisson et le soutien moral durant la période post-natale.
- Grossesse non désirée : grossesse que la participante déclare ne pas avoir souhaité au moment de la conception.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

II.1. GENERALITES

II.1.1. Définitions

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une altération persistante de l'état affectif, associant tristesse pathologique, perte d'intérêt ou de plaisir, ainsi qu'un ensemble de symptômes cognitifs, somatiques et comportementaux durant au moins deux semaines. Selon Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-5) et la Classification internationale des maladies (CIM-11), elle correspond à un épisode dépressif majeur lorsqu'un ensemble de symptômes spécifiques sont présents pendant au moins deux semaines, ainsi qu'un retentissement fonctionnel significatif. Elle peut prendre plusieurs formes, notamment celles post-natales.

Le post-partum, encore appelé période puerpérale, désigne l'intervalle qui suit immédiatement l'accouchement et qui s'étend traditionnellement jusqu'à 6 semaines[1], mais de nombreuses approches modernes étendent cette période jusqu'à 12 mois pour englober l'ensemble des adaptations physiques, hormonales et psychiques de la mère[18]. Elle correspond à la transition de l'état de femme enceinte à celui de mère, ce qui implique une récupération corporelle, l'ajustement hormonal et l'adaptation psychologique à la maternité.

La DPP est un trouble de l'humeur qui survient après l'accouchement, il se caractérise par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir, une fatigue importante et des troubles du sommeil pouvant altérer le fonctionnement psychique et social habituel de la mère[1]. La DPP se distingue du « baby blues », trouble émotionnel bénin et transitoire survenant dans les premiers jours post-partum, par sa durée supérieure à deux semaines, son impact fonctionnel, et la présence possible de symptômes anxieux ou suicidaires. Sur le plan conceptuel, plusieurs auteurs parlent désormais de dépression périnatale, englobant les troubles dépressifs survenant durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement, afin de souligner la continuité de la vulnérabilité psychique autour de la maternité[19].

II.1.2. Intérêt

La DPP constitue un problème majeur de santé publique, touchant environ 2,8 millions de femmes par an dans le monde, une fréquence élevée, des conséquences multiples et importantes. Sa prévalence est estimée entre 10 et 20 % dans les pays à revenu élevé, avec des taux souvent plus élevés dans les pays à ressources limitées, pouvant avoisiner les 70%[18].

Sa physiopathologie est complexe et multifactorielle, impliquant divers facteurs, dont des perturbations neurobiologiques, des déterminants psychosociaux et sociaux, mais surtout de son caractère souvent silencieux et insuffisamment diagnostiqué.

L'intérêt de cette pathologie réside dans son impact à la fois individuel, familial et sociétal. Chez la mère, elle altère la qualité de vie, augmente le risque de chronicisation des troubles dépressifs mais surtout associée à un risque suicidaire important. Sur le plan infantile, elle est associée à des troubles du développement émotionnel, cognitif et comportemental, notamment en lien avec des perturbations des interactions précoces mère-enfant (Murray & Cooper, 1997)[20].

Au Cameroun, les données disponibles sur la DPP demeurent limitées et peu actualisées. Une étude antérieure réalisée à HGOPY en 2017 avait permis de documenter cette pathologie dans notre contexte hospitalier. Toutefois, depuis cette période, les réalités socio-économiques, familiales, psychologiques et obstétricales des femmes camerounaises ont considérablement évolué, notamment avec l'augmentation du stress financier, des difficultés psychosociales, de l'isolement social et des contraintes liées au contexte sanitaire et économique actuel.

Ainsi, la présente étude revêt un intérêt particulier, en permettant d'actualiser les données camerounaises sur la DPP, mieux mettre en évidence les formes silencieuses ou méconnues mais également d'évaluer l'état actuel du dépistage et des facteurs associés dans notre contexte.

II.1.3. Rappel

1. Historique

Depuis l'antiquité, on évoque des troubles psychiatriques. Ainsi, Hippocrate (460-377 av J.C.) les signalait déjà dans son « traité des maladies des femmes » en les décrivant comme « fièvre de la parturiente », proposant l'hypothèse selon laquelle les lochies et le lait remonteraient au cerveau.

Ce n'est qu'à partir du 19ème siècle que l'on commence à avoir les bases de la psychiatrie périnatale avec Esquirol, psychiatre français. Dès 1839, il observe chez plusieurs femmes des troubles psychiatriques modérés à sévères secondaires à une naissance ; mais ces troubles n'étaient ni investigués ni pris en charge. Là encore, sa théorie repose sur le rapport entre lactation et cerveau[21].

En 1858, Louis Victor Marcé rompt avec cette théorie et précise le siège cérébral des troubles psychiatriques. Il décrit deux types de troubles psychiatriques : « ceux qui apparaissent dans les 8 ou 10 premiers jours qui suivent la délivrance et dont l'origine peut être légitimement rapportée à la fièvre du lait ou à l'ébranlement nerveux qui accompagne l'accouchement » et « ceux qui ne se développent que vers la 5ème ou 6ème semaine ». On peut penser qu'il s'agit peut-être là d'une première approche du baby-blues et de la dépression du post-partum[22].

Au début du 20ème siècle, les accoucheurs signalent l'existence d'un trouble appelé

« Dysphorie du troisième jour ». Celui-ci est considéré comme un trouble mineur de l'humeur transitoire affectant beaucoup de femmes accouchées.

Dès 1960, Racamier parle de « maternalité » qu'il définit comme étant « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui découlent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » [23].

Dans les années 1968-1970, des collaborations se font entre gynéco-obstétriciens et personnels psychiatriques. En 1968, Yalom et coll. introduisent le terme de « post-partum blues », syndrome autonome et bénin sans relation avec les psychoses du post-partum [24].

Toujours en 1968, Pitt décrit « la dépression atypique post-natale », dépression non psychotique, sans idées suicidaires, ralentissement psychomoteur ni labilité de l'humeur, mais avec prédominance de symptômes névrotiques tels que l'anxiété, l'irritabilité, les phobies et l'insomnie d'endormissement [25]. Il s'ensuit une véritable confusion entre les deux termes.

À partir des années 1980, une distinction nette est faite entre le post-partum blues, les psychoses du post-partum, les dépressions mineures ou atypiques du post-partum et les dépressions du post-abortum [26].

Un consensus va s'instaurer au début des années 1990 permettant de distinguer de manière chronologique les complications psychiatriques qui suivent l'accouchement.

2. Modifications physiologiques maternelles

Au cours de la grossesse plusieurs changements se mettent en place chez la femme pour permettre une adaptation adéquate de celle-ci aux besoins progressifs du fœtus, notamment (lansac):

➤ Modification du poids maternel :

Elle est de 12 kg environ au cours de la grossesse, liée au poids du fœtus, du placenta, du liquide amniotique mais aussi de l'eau extracellulaire (œdème) et de l'accumulation de graisses.

➤ Modifications hématologiques maternelles :

Elles sont très importantes, le volume plasmatique passe de 2600 à 3800 ml à 34 semaines (soit une augmentation de plus de 40 %). La masse des hématies pendant le même temps ne passe que de 1400 à 1600mL. Il s'ensuit une baisse de la numération de 4,5 à 3,7 millions/mm³ et de l'hématocrite qui passe de 40 à 34 %. La limite inférieure de l'hémoglobine est au cours de la grossesse de 10,5 g/100mL. Les globules blancs et la vitesse de sédimentation s'élèvent. Le nombre des plaquettes baisse en fin de grossesse et il est compris entre 97 000 et 150 000 éléments. Les protéines fœtales baissent pendant la grossesse du fait de la baisse du sérum albumine. Le fibrinogène est augmenté de 100 à 300 mg/dL, cette élévation alliée à celle

des globulines favorise l'augmentation de la vitesse de sédimentation. Les taux d'enzymes circulants ne changent pas par contre les β -lipoprotéines (LDL) augmentent ainsi que le cholestérol et rendent sans intérêt le bilan lipidique pour contraception orale dans les suites de couches. Les facteurs de coagulation augmentent (fibrinogène, facteurs VII/VIII), expliquant la fréquence des thromboses.

➤ Modifications métaboliques maternelles :

Pendant la grossesse, on observe une élévation du métabolisme de base, du rythme cardiaque et du volume respiratoire pour s'adapter aux demandes fœtales. Les besoins énergétiques sont estimés à 2500 Kcal/j. Le métabolisme des hydrates de carbone est augmenté puisque le glucose est la principale source d'énergie du fœtus. Le niveau de glycémie est maintenu entre les repas par la néoglucogenèse ; Après les repas, le maintien de la glycémie nécessite un apport d'insuline. Si le pancréas ne peut suffire à la demande, un diabète gestationnel peut se développer. Une glycosurie peut s'observer, ceci d'autant plus qu'il y a une baisse du seuil rénal.

➤ Modifications gastro-intestinales maternelles :

On observe des nausées et des vomissements dans les grossesses au 1er trimestre quand le taux d'HCG est élevé. La constipation est fréquente et liée à l'effet relaxant de la progestérone sur les muscles lisses. De ce fait, la mobilité du tractus intestinal et la vitesse du transit sont réduites, favorisant l'absorption intestinale ; l'acidité gastrique est diminuée, ce qui réduit la mobilité gastrique associée au relâchement des fibres lisses du cardia. Elles favorisent le reflux gastroœsophagien et le pyrosis. La vésicule biliaire est atone, sa vidange est ralentie.

➤ Modifications cardiovasculaires maternelles :

Il y a, nous l'avons vu, une augmentation du volume circulant (de presque un tiers) avec une hémodilution relative. Le débit cardiaque augmente de 40 % par accroissement du volume d'éjection ventriculaire de 70 à 90mL. La tension artérielle est un peu affectée et diminue légèrement au 2e trimestre de 15 à 20mmHg. La baisse de la tension diastolique s'explique par une diminution de 33 % environ des résistances vasculaires artérielles périphériques. Au fur et à mesure que la grossesse avance, l'utérus chez la femme en décubitus dorsal va comprimer les gros vaisseaux, en particulier la veine cave inférieure. Ceci entraîne une diminution du retour veineux au cœur droit et une hypotension, et parfois un malaise sans collapsus vrai dit « choc postural ». La pression veineuse dans les membres inférieurs augmente pour la même raison. Cela explique la fréquence des œdèmes observés au niveau des membres inférieurs (cinq à huit gestantes sur dix) qui sont physiologiques s'ils ne s'accompagnent pas d'hypertension artérielle ou de protéinurie

➤ Modification de l'appareil respiratoire maternel :

La femme enceinte a une augmentation de sa ventilation de 50 à 60 %, entraînant une hyper ventilation, d'où une hypocapnie physiologique. Celle-ci est liée à la progestérone qui diminue la sensibilité des centres respiratoires dans la grossesse normale. Cependant, certaines femmes peuvent éprouver des difficultés respiratoires dans le dernier trimestre de la grossesse quand le fond utérin appuie sur le diaphragme, car il y a alors diminution de la capacité totale. La capacité vitale demeure inchangée mais la capacité inspiratoire diminue.

➤ Modification de l'appareil urinaire maternel :

Le débit sanguin rénal augmente pendant la grossesse de 25 à 30 % ainsi que la filtration glomérulaire. Malgré cela, du fait d'une réabsorption tubulaire augmentée de l'eau et des électrolytes, le débit urinaire est inchangé, la filtration glomérulaire augmentant plus que le flux plasmatique. Il y a diminution des valeurs sériques de la créatinine et de l'uricémie. La glycosurie est fréquente et n'est pas corrélée aux valeurs sanguines de la glycémie. La dilatation des cavités rénales et des uretères se voit dès la 20^e semaine du fait de l'action relaxante de la progestérone sur le muscle lisse. Ceci entraîne une stase urinaire et augmente le risque d'infection, d'autant plus qu'en fin de grossesse s'ajoute une compression du bas uretère par l'utérus gravide. On observe également une pollakiurie du fait de la diminution de la capacité vésicale.

3. Modifications physiologiques du post-partum

Modification anatomique :

➤ Utérus

- Le corps : en fin de grossesse, il se situe entre 30 à 35 cm au-dessus de la symphyse, avec un poids de 1500 g. Il va retrouver son état initial entièrement intra pelvien, avec une profondeur de 6–7 cm et un poids de 60–70 g. L'involution est très rapide les deux premières semaines, puis beaucoup plus lente. Elle ne sera totale qu'au bout de 2 mois minimum.
- Segment inférieur : disparaît vite et s'incorpore dans la zone de jonction corps col.
- Col : long de 1,5 à 2 cm et sa consistance initiale est reprise au bout d'une semaine. Sa fermeture se fait en une semaine au niveau de l'orifice interne avec persistance d'une déhiscence de l'orifice externe, surtout chez les multipares. Persistent également les petites déchirures des commissures. L'orifice externe qui était punctiforme avant l'accouchement s'ouvre transversalement et la muqueuse endocervicale est visible < <c'est l'ectropion >>. Lors de l'examen au

spéculum, cette éversion de la muqueuse endocervicale est exagérée. En 3 à 6 mois, voire 1 an, l'ectropion va spontanément se réduire.

- Endomètre : il évolue en quatre phases,

La régression de l'accouchement au 5^e jour ;

La cicatrisation du 5^e au 25^e jour sans stimulation hormonale ;

La prolifération du 25^e au 45^e jour sous l'effet de la stimulation ostrogénique ;

La reprise du cycle menstruel se manifestant par une ovulation autour du 40^e jour en l'absence d'allaitement. L'endomètre prend alors un aspect sécrétoire de seconde moitié du cycle. En fait, très souvent, l'ovulation ne se produit pas et le retour de couches est une simple hémorragie de privation. Il se produit théoriquement au 60^e jour. Sa date est très variable suivant qu'il y a ou non allaitement, ou que des traitements ont été donnés (inhibiteurs de la prolactine, contraceptifs oraux). De plus, la glaire cervicale est impropre à l'ascension des spermatozoïdes. La contraception ne sera commencée qu'à cette date avec la phase proliférative pour bloquer le pic de LH qui se produit au plus tôt vers le 40^e jour. L'arrêt de la pilule et donc l'hémorragie de privation coïncident avec le 50^e jour, date assez voisine de celle du retour de couches théorique.

➤ Vagin :

Les érosions superficielles cicatrisent rapidement, les lésions plus profondes ou étendues ont une excellente aptitude à l'épithélialisation spontanée, mais quelquefois aux dépens de la souplesse et de l'eupareunie. Une colpocèle modérée est fréquente les premiers jours, elle disparaîtra plus ou moins rapidement et complètement selon les lésions associées sous-jacentes.

➤ Hymen :

Quelquefois presque intact encore avant l'accouchement, il est toujours dilacéré par le passage du bébé et il n'en reste que des vestiges : la caroncule myrtiliforme. Une béance est habituelle les premiers jours et sa disparition est conditionnée par l'état sous-jacent. Pour les muscles superficiels et releveurs, la reprise du tonus est fonction de la qualité de l'accouchement, de la réalisation ou non d'une épisiotomie et de la réparation correcte des déchirures ou de l'épisiotomie. Elle sera facilitée par une gymnastique appropriée. Au niveau de tout l'organisme, le retour à l'état antérieur est lent.

Modifications cliniques :

➤ La fatigue :

Est la principale plainte des femmes (60 à 65 %). Elle persiste longtemps puisque 50 % s'en plaignent encore à 6 mois. Elle est liée à l'adaptation de la mère au rythme du bébé, et à l'allaitement. Elle peut être aggravée par l'anémie.

➤ Céphalées :

Elles persistent chez 15 à 25 % des femmes indépendamment de la parité et du mode d'accouchement. Elles sont associées à la fatigue, aux troubles du sommeil, à l'anémie. Elles peuvent être soulagées par les antalgiques. Elles peuvent être en rapport avec l'analgésie péridurale, elles peuvent persister 14 jours.

➤ Douleurs :

Les douleurs dorsales et lombaires sont des douleurs musculaires et ligamentaires liées à des déséquilibres posturaux et sont plus fréquentes après césarienne ou extraction instrumentale qu'après AVB simple. Les douleurs périnéales sont fréquentes surtout chez la primipare et après épisiotomie ou déchirure périnéale, extractions instrumentales.

➤ Tranchées :

Contractions utérines intermittentes et douloureuses accompagnées d'écoulement sanglant ou de caillots sont fréquentes dans les deux ou trois premiers jours, surtout chez les multipares. Ces contractions utérines peuvent être très douloureuses nécessitant la prescription d'antispasmodiques.

➤ Rétention d'urines :

Elle est possible par atonie d'autant plus que l'accouchement a été long et difficile. Elle est latente, peu douloureuse, et trompeuse, le globe pouvant être pris pour l'utérus.

➤ L'incontinence d'urine :

Très fréquent (10 à 20 %) même après césarienne. Elle touche surtout les femmes chez qui elle existait déjà en fin de grossesse. La guérison est spontanée en quelques jours ou semaines, aidée par une kinésithérapie adaptée.

➤ L'incontinence anale :

Est un trouble rare, plus fréquente chez la primipare ; après extraction instrumentale elle régresse spontanément en 6 mois dans près de la moitié des cas. La rééducation est utile pour accélérer la guérison.

➤ La constipation : fréquente (30 % des accouchées), sera combattue par le lever précoce, une alimentation variée riche en fibres.

➤ Hémorroïdes : Elles sont favorisées par la constipation, la congestion veineuse de fin de grossesse, les efforts expulsifs qui extériorisent, voire déclenchent une crise hémorroïdaire pénible sur un périnée déjà œdématié. Ce phénomène douloureux se fait en quelques jours,

celle des hémorroïdes elles-mêmes, plus lentement, elle est favorisée par de bonnes conditions d'hygiène de vie ; le bilan se fera au bout de 1 à 2 mois Plus rarement, on assiste à une thrombose hémorroïdaire à toujours rechercher au niveau du bourrelet : zone plus bleutée, plus dure et extrêmement douloureuse.

4. Les modifications hormonales

Chute brutale des œstrogènes

Quelques heures après la délivrance, les concentrations d'œstrogènes chutent brutalement, passant de niveaux exceptionnellement élevés au cours de la grossesse à ceux bas de la phase folliculaire. Cette variation hormonale majeure a un impact neurobiologique important, car les œstrogènes modulent la sérotonine, la dopamine, la noradrénaline et la neuroplasticité cérébrale. Leur effondrement entraîne une baisse du tonus sérotoninergique, une irritabilité accrue, une fatigabilité mentale, une anxiété marquée et une diminution de la motivation, autant d'éléments favorisant la vulnérabilité dépressive du post-partum. Plusieurs travaux, dont ceux de Bloch et al, ont confirmé que cette chute œstrogénique rapide joue un rôle direct dans la susceptibilité biologique à la DPP[27].

➤ Chute rapide de la progestérone

Dans les 12 à 24 heures suivant l'accouchement, la progestérone s'effondre à son tour, entraînant une diminution marquée de l'allopregnanolone, un neurostéroïde dérivé de la progestérone qui agit comme modulateur positif du système GABAergique. Cette chute prive le cerveau d'un effet anxiolytique et stabilisateur naturel, provoquant une désinhibition de l'axe du stress et favorisant une hypersensibilité émotionnelle, une labilité affective, une irritabilité et des troubles du sommeil. L'effondrement de la progestérone et de l'allopregnanolone constitue aujourd'hui un mécanisme reconnu de la physiopathologie de la DPP, comme le démontrent les travaux de Meltzer-Brody et al. [28].

➤ Modifications du cortisol et de l'axe du stress (HPA/HHS)

Après l'accouchement, les taux de cortisol, auparavant élevés durant la grossesse, chutent rapidement, entraînant une instabilité prolongée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Cette dysrégulation hormonale rend le système de stress moins efficace et plus réactif, favorisant l'irritabilité, la nervosité, l'intolérance au stress, la fatigue chronique et une hypersensibilité émotionnelle. Plusieurs études, notamment celles de Yim et al, montrent qu'un dérèglement prolongé de l'axe du stress en post-partum augmente significativement la probabilité de développer une dépression post-partum, en particulier dans les semaines qui suivent la naissance [29].

➤ L'ocytocine

L'ocytocine, largement libérée pendant l'accouchement, l'allaitement, le contact peau-à-peau et les interactions affectives précoces avec le nourrisson, joue un rôle déterminant dans le lien mère-enfant. Elle favorise la confiance, la réduction du stress, la diminution de l'anxiété et renforce les comportements d'attachement. Une altération de la régulation de l'ocytocine ou des taux insuffisants peut toutefois contribuer à un déficit d'attachement, à une anxiété post-partum accentuée et à une forme de détresse maternelle favorisant la DPP.

➤ **Dysrégulation des hormones thyroïdiennes**

Entre 5 et 10 % des femmes présentent une thyroïdite du post-partum, caractérisée par une phase initiale d'hyperthyroïdie transitoire suivie, plusieurs semaines plus tard, d'une hypothyroïdie. Ces fluctuations hormonales peuvent à la fois mimer et aggraver une dépression post-partum. L'hyperthyroïdie s'accompagne fréquemment d'anxiété, de nervosité, de palpitations et d'insomnie, tandis que l'hypothyroïdie induit fatigue profonde, ralentissement psychomoteur, humeur dépressive et difficultés de concentration. La thyroïdite post-partum constitue ainsi un diagnostic différentiel essentiel chez toute femme présentant des symptômes anxiodépressifs dans les mois suivant l'accouchement.

➤ **Diminution des endorphines et perturbations de la sérotonine**

Les endorphines, fortement sollicitées et particulièrement élevées pendant le travail, diminuent rapidement après la naissance, laissant la mère avec une sensibilité accrue à la douleur, une fatigue intense et une labilité émotionnelle. En parallèle, la sérotonine – neurotransmetteur clé de la régulation de l'humeur, peut être perturbée par la chute des œstrogènes, la fatigue physique du post-partum, les nuits fragmentées et la dysrégulation de l'axe du stress. Cette combinaison de perturbations neurochimiques contribue à un terrain biologique fragile, propice à l'installation ou à l'aggravation d'un épisode dépressif post-partum chez les femmes vulnérables.

II.2. ETHIOPATHOGENIE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM

II.2.1. Facteur de risque

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs étiologiques de la maladie psychiatrique mais ceux-ci demeurent discutés car ne permettent pas d'établir une relation de cause à effet [30]. Il est important de se rappeler que c'est fort probable qu'il n'y a pas une cause unique.

Les études génétiques et biologiques des troubles de l'humeur indiquent qu'il s'agit de maladies complexes, et même si une personne a une prédisposition génétique à développer une dépression, il faut aussi l'interaction des facteurs environnementaux et socioculturels pour

entraîner la maladie. Par conséquent, il est probable qu'un certain nombre de ces facteurs jouent un rôle dans le développement de la dépression du post-partum [31].

II.2.1.1 Facteurs biologiques

La baisse rapide des niveaux d'hormones de la reproduction qui survient après l'accouchement a été proposé comme une possible étiologie des troubles affectifs du post-partum[31]. Plusieurs hormones ont été incriminées notamment œstrogènes, progestérone, béta-endorphine, noradrénaline, cortisol, tryptophane, mais les résultats n'ont pas été concluants [32]. Seuls les dysfonctionnements thyroïdiens ont été corrélés à un excès significatif de la symptomatologie dépressive.

II.2.1.2 Facteurs obstétricaux

Les facteurs obstétricaux peuvent inclure :

- Grossesse non désirée/non planifiée : retrouvé dans plusieurs études [33],[31][34].
- La parité : très discutée, elle n'est pas toujours associée à la DPP [31]. Il semble que le risque de DPP est plus élevé chez les multipares [34].
- Les complications obstétricales :

Antécédents de grossesses pathologiques : malformation fœtale, mort fœtale in utéro, hospitalisation à la naissance

Au cours de la grossesse : pré-éclampsie, hyperémesis gravidarum, malformation fœtale, menaces d'avortements, contractions prématurées

Complications liées à l'accouchement : comme urgence/césarienne, extraction instrumentale, accouchement prématuré (le bébé pouvant être considéré comme

« Non fini », entraînant une culpabilité maternelle), pathologies au cours du travail, anesthésie générale, césarienne en urgence, anomalie de la délivrance [35].

- Allaitement maternel :

Sa relation avec la DPP est contradictoire dans les études. Son implication viendrait du fait que pendant toute la durée de l'allaitement, il se crée une relation privilégiée entre la mère et son bébé ; et selon certains auteurs le sevrage apparaîtrait comme facteur de risque car vécu comme une rupture. Une expérience négative de l'allaitement serait un facteur de risque de DPP [36]. Les femmes qui allaitent leurs bébés réduisent leur risque de développer une DPP, avec des effets maintenus sur les 4 premiers mois après l'accouchement ; de même la DPP peut également diminuer le taux d'allaitement maternel, ce qui suggère une relation réciproque entre les deux [37].

II.2.1.3 Facteurs cliniques et psychologiques

- Histoire personnelle de dépression ou de dépression du post-partum, [31][14]

- Troubles psychiques durant la grossesse : dépression ou importante anxiété durant La grossesse, [31][14]
- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur, [31][14]
- Antécédents médicaux à risque pour le fœtus ou pour la grossesse [33]:

Hypertension artérielle, diabète, maladie héréditaire (drépanocytose)

- Le type de personnalité : manque de confiance en soi, immaturité, névrose, impulsivité
- Un post-partum blues sévère ou prolongé [31]

II.2.1.4 Facteurs sociaux

- Événements de la vie

La relation entre les événements de la vie et l'apparition de la dépression est bien établie.

Des expériences comme la mort d'un être cher, rupture ou divorce, perte d'un emploi ou déménagement sont connus pour causer du stress et peuvent déclencher des épisodes dépressifs chez les personnes sans antécédents de troubles affectifs [14].

Grossesse et naissance sont souvent considérées comme des événements stressants de la vie dans leur propre droit, et la pénibilité de ces événements peut conduire à la dépression.

Cependant, certains chercheurs ont étudié l'effet des événements de vie stressants supplémentaires que subissent les femmes pendant la grossesse et le post-partum [31][14].

Ces événements, censés refléter un stress supplémentaire à un moment où les femmes sont vulnérables, peuvent jouer un rôle causal dans la dépression du post-partum.

- Soutien social

Recevoir un soutien social grâce à des amis et parents pendant les périodes de stress est considéré comme un facteur protecteur contre la dépression en développement et plusieurs études ont évalué le rôle de soutien social dans la réduction de la dépression du post-partum[31].

Le soutien social est un concept multidimensionnel. Celui-ci peut venir d'un conjoint, des parents, amis, ou associés. Il existe également différents types de soutien social, par exemple le soutien informationnel (où les conseils sont donnés), le soutien instrumental (aide pratique en matière d'aides d'assistance matérielle ou avec des tâches) et le soutien affectif (Expressions de bienveillance et d'estime) [31].

- Relation conjugale

Plusieurs études ont rapporté une augmentation du risque de dépression du post-partum Chez les femmes qui ont des problèmes conjugaux pendant la grossesse [31][14].

- Statut socio-économique

Le rôle du statut socio-économique dans l'étiologie des troubles de santé mentale et de dépression a reçu beaucoup d'attention [14][34]. Indicateurs de privations socio-économiques tels que le chômage, le faible revenu et faible niveau d'éducation ont été cités comme des facteurs de risque des troubles de santé mentale.

➤ Variables infantiles

Pathologie à la naissance [33], que soit une maladie ou un handicap.

Séparation mère-enfant (transfert en néonatalogie).

Le tempérament du bébé [38][39]: les mères dépressives ont une évaluation plus négative du comportement de leur enfant et ont moins confiance en leur efficacité parentale.

➤ Autres facteurs

- L'âge maternel : il n'est associé à la DPP [14] ; mais pour certains auteurs un âge jeune (<20 ans) serait un facteur de risque [33]

- Le niveau d'étude : pas toujours associé à la DPP [14]

- Le sexe du bébé : il s'agit de la réaction face au sexe du bébé, ou du sexe désiré [33]
[14]

II.2.2. Pathogénie

II.2.2.1 Aspects psychologiques de la procréation

Le concept de la psychologie « normale » de la grossesse et du post-partum peut être simplifié en disant que durant la grossesse, il existe :

- Un état qui est la grossesse, marquée au début par un sentiment de plénitude [40]
- Une remise en cause de la féminité : la maternité est aussi la modification du sentiment d'identité ; le fait d'accéder au rôle de mère peut parfois amener la personne à renoncer à son identité de femme [14]
- Le désir de l'enfant, qui au fil des mois de la grossesse va permettre la prise de conscience de son existence et sa véritable attente
- Plusieurs représentations que se fait la mère de l'enfant à venir, à partir de ses rêveries, de la perception des mouvements fœtaux mais aussi des images échographiques. Les représentations mentales qu'elle se fait sont doubles, imaginaires et conscientes d'une part, fantasmatiques et inconscientes d'autre part, car s'appuyant sur son histoire œdipienne [40][14]
- Une réalité à laquelle la mère va être confrontée à l'accouchement [14]
- Le deuil imaginaire ; Il s'agit du deuil de son état de grossesse (passage d'un état de plénitude à un vide) et de l'enfant imaginaire (qui ne correspond pas vraiment

au réel ; imparfait dans la réalité) [40] et/ou de la mère idéale : lorsque les mères ne se reconnaissent pas dans l'idéal de cette jeune mère qu'elles pensaient pouvoir être [14]

- Une évolution de l'état psychique maternel de la fin de la grossesse jusqu'au post-partum pour permettre l'installation de ce que Winnicott a nommé « la préoccupation maternelle primaire » consistant en une identification régressive qui se développe progressivement durant la grossesse (et surtout vers sa fin), permettant à la mère d'atteindre un degré de sensibilité pour pouvoir comprendre son bébé et interpréter ses besoins [40].

II.2.2.2 Les Troubles Psychiques

Ils sont la résultante de

- L'image maternelle :

L'un des risques de l'identification est celui pour la femme de s'identifier à sa mère au point qu'elle n'aura pas de propre espace de créativité, pas plus que la possibilité de ne pas être la réplique de sa propre mère. Certaines images maternelles intériorisées vont se révéler plus anxiogènes que d'autres, et plus susceptibles de déclencher une dépression post-natale [14].

- La confrontation des différentes représentations imaginaires et fantasmatiques de l'enfant à celui réel

Si cette confrontation est insupportable, il va en résulter une agressivité de la mère vis à vis de son nouveau-né. Cette situation est bien entendu impossible à gérer par la mère et va se transformer selon différents schémas en symptômes [40].

II.3. CLASSIFICATION

Comme tous les troubles mentaux, la dépression du post-partum est définie par les deux classifications les plus utilisées ; il s'agit de la classification internationale des maladies (CIM-10) et du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).

II.3.1. La Classification Internationale des Maladies

La CIM-10 [41] est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé et c'est avant tout une classification statistique de morbidité et de décès.

C'est dans sa dixième version qu'apparaissent pour la première fois les troubles mentaux du post-partum. Ils appartiennent à la section F53 « troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs » dans le cadre des « troubles mentaux et troubles du comportement associés à des perturbations physiologiques et à des -

%%facteurs physiques » (catégories F50-F60). La DPP rentre dans la section F53-0 (cf. Tableau I).

Tableau I : classification des troubles psychoaffectifs du post-partum selon la CIM-10 10.

F53	Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs	
F53-0	Légers	Dépression après un accouchement SAI Dépression du postpartum SAI
F53-1	Sévères	Psychose puerpérale
F53-8	Autres	
F53-9	Sans précision	Trouble mental de la puerpéralité, sans précision

(Source : CIM-10, ICD 10, « Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement », Masson 1993)

Cependant les troubles mentaux liés à la puerpéralité sont classés dans la catégorie F53 s'ils apparaissent durant les six premières semaines après l'accouchement. Lorsque l'on se trouve dans une autre période, il est possible d'associer le diagnostic d'un trouble mental spécifique et la catégorie 099-3 « troubles mentaux et maladie du système nerveux compliquant la puerpéralité »

II.3.2. La classification du manuel diagnostique et statique des troubles mentaux

Le DSM-5 [42] est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie. Devenu outil international, il est utilisé dans de nombreux pays pour la classification des pathologies psychiatriques. Il repose sur une approche descriptive ; chaque catégorie diagnostique comporte des critères d'inclusion et d'exclusion aussi précis que possible, afin d'éliminer les « faux positifs ». Pendant longtemps cet ouvrage ne faisait mention nulle part de troubles de l'humeur dans le post-partum. C'est dans sa version parue en 1994 (DSM-5 IV) qu'apparaissent les troubles de l'humeur avec spécification d'un début lors du post-partum. Il faut alors Spécifier « Avec début lors du post-partum » lorsque le début de l'épisode survient dans les quatre premières semaines du post-partum [40]. Cette mention pouvant s'appliquer à l'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble bipolaire I ou d'un trouble bipolaire II ou du trouble psychotique bref. Cette classification diagnostique n'a pas changé dans le DSM-5 – IV –TR [40]. En mai 2013 le DSM-5 plusieurs fois contesté a finalement été publié. Celui-ci comporte une révision

notable en ce qui concerne le diagnostic du trouble de dépression majeure avec la suppression de l'exclusion du deuil [42] (cf. Tableau II). En ce qui concerne le diagnostic de dépression au cours de la période post-partum, la spécification « avec début lors du post-partum » est désormais intitulée « avec début péri-partum », qui est défini comme étant l'épisode le plus récent survenant pendant la grossesse, ainsi que dans les quatre semaines suivant l'accouchement [43]. Il reconnaît désormais la dépression prénatale [16].

Tableau II : critères diagnostiques d'un épisode dépressif Majeur (EDM) (DSM-5).

Les critères suivants sont ceux du DSM-V tel que proposés par l'American Psychiatric Association. Ceux-ci diffèrent principalement des critères retrouvés dans le DSM-IV-tr par le retrait du critère d'exclusion du deuil et par l'ajout d'une note à ce sujet.
A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux 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. NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale. 1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs). 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours. 3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours. 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours. 6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours. 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peu être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade). 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 induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
Note: La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

(Source : istopsuicide.org)

Remarque : les classifications internationales ne considèrent pas la DPP comme entité à part entière mais comme une spécificité propre à une pathologie bien définie. De plus, elle est définie pour une période allant de la grossesse aux quatre à six semaines suivant l'accouchement. Pourtant plusieurs études telle que celle de O'Hara et McCabe [18] montrent que dans la pratique clinique et la recherche, quels que soient les critères de l'épisode dépressif majeur, les femmes ayant un début de trouble dépressif dans les 12 mois suivant la naissance sont souvent classés comme ayant « le trouble dépressif majeur, avec début en post-partum.

II.4. TYPE DE DESCRIPTION

Pendant longtemps, la dépression du post-partum (DPP) était qualifiée de « dépression souriante » car les mères étaient souvent obligées de cacher leur peine. Ceci était dû à l'influence de la forte pression culturelle faisant de la naissance un événement « forcément heureux », et de la mère dépressive une femme à la personnalité troublée, une « mauvaise mère » [44].

Le tableau clinique classique est celui de l'épisode dépressif majeur (cf. tableau II).

Certains signes cliniques sont peu spécifiques, d'autres plus caractéristiques. En fonction de l'intensité des symptômes, la dépression du post-partum peut être distinguée en dépression minime ou modérée et dépression sévère [40].

II.4.1. La DPP d'intensité minime à modérée ou non mélancolique

Elle est fréquente et dominée par des manifestations d'allure névrotique [40]. La symptomatologie fait parfois suite à celle du post-partum blues et/ou est du même type mais plus intense et durable [45]. Elle associe, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression [40]. S'y surajoutent des sentiments d'incapacité et de l'auto accusations en relation avec les soins apportés à l'enfant et considérés comme jamais suffisamment parfaits [45]. Initialement les patientes consultent peu et ont tendance à s'isoler soit parce qu'elles minimisent leurs symptômes soit par peur d'inquiéter leur entourage ou par peur d'être jugées [45] [46]. Il n'est pas rare d'ailleurs que le médecin consulté banalise ou néglige ces symptômes [45]. Quand les plaintes sont exprimées, elles portent essentiellement sur des manifestations fonctionnelles ou somatiques, souvent rencontrées dans la dépression masquée : asthénie, céphalées ou douleurs hypochondriaques erratiques, défaut de

concentration, impression d'épuisement, insomnie, perte ou prise de poids [45]. Il faudrait rechercher :

- Un sentiment d'incapacité physique à répondre aux besoins de l'enfant.

Les mères se décrivent comme débordées, remettant en cause leur faculté à être parent. Elles s'accusent souvent à tort quand tout ne se passe pas comme prévu avec leur enfant. Elles se plaignent de ne pas être suffisamment épaulées par leur conjoint : ce qui peut être vrai mais également lié au refus d'aide. Elles sont partagées entre la joie d'avoir un enfant et le sentiment de ne pas être capable de jouir de la présence de cet enfant [46]

- L'absence de plaisir à pratiquer les soins du nourrisson, marqué par des conduites de maternage dites « opératoires ».

Il n'y a pas d'engagement émotionnel, la mère ne sollicite pas son enfant pour des échanges de vocalises, de regard ou dans des jeux. Les contacts avec l'enfant se résument aux soins corporels donnés en suivant scrupuleusement les règles de puériculture de façon mécanique, routinière et sans plaisir. Parfois, les mécanismes projectifs l'emportent sur la dépression et/ou la répression des affects et ouvrent la voie à des situations de maltraitance encouragées par les comportements de l'enfant [45] [46].

- Les phobies d'impulsion avec une angoisse de faire du mal au bébé, surtout lorsque la mère retrouve seule avec ce dernier.

La jeune mère formule des pensées ou des impulsions qui lui sont insupportables : vouloir « se débarrasser de lui », se sentir poussée à le jeter par la fenêtre, le blesser, le noyer. Elle est totalement terrorisée par ces pensées destructrices (46) mais les passages à l'acte sont rares [40].

- L'irritabilité ou l'agressivité dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie [46].
- Des consultations répétées concernant le bébé.

La maman décrit des troubles du sommeil avec éventuellement des balancements dans son berceau, troubles alimentaires (anorexie, régurgitations, prise de poids insuffisante), pleurs prolongés, problème dermatologique [45]. L'examen clinique du nourrisson ne montrera aucun ou peu de signes objectifs.

- La moindre difficulté rencontrée prend des connotations négatives disproportionnées.

Par exemple, si l'enfant ne tète pas bien au sein, elle va en conclure que son lait est mauvais. Pour réduire son angoisse, elle évite les contacts avec son bébé, le tient à distance,

demande à son entourage d'en prendre soin, culpabilisant secondairement de ne pas pouvoir s'en occuper. Elle se sent indigne de son enfant et pense être une mauvaise mère [46].

II.4.2. La DPP d'intensité sévère, de type mélancolique

A la symptomatologie de l'épisode dépressif s'associe une production délirante dont le thème est centré sur le bébé (idées de substitution, d'empoisonnement, d'envoûtement) ou sur la filiation (négarion du couple, de la maternité, enfant de Dieu...). Les angoisses de mort sont massives et concernent le bébé et la mère elle-même. Le risque suicidaire et/ou le risque d'infanticide est majeur [26].

Tableau III : résumé sur les caractéristiques dépression du post-partum et dépression ordinaire.

Dépression du postpartum	Dépression ordinaire
Aggravation symptomatique le soir	Amélioration symptomatique le soir
Difficultés d'endormissement	Réveils précoces
Labilité émotionnelle	Constance de l'humeur
Rares idées suicidaires	Assez fréquentes idées suicidaires
Perte d'estime de ses capacités maternelles	Perte d'estime de soi
Anxiété fréquente, déplacée vers le bébé	Anxiété moins fréquente
Rareté du ralentissement psychomoteur	Ralentissement psychomoteur fréquent

Source : Psychopathologie de la périnatalité. Ed Masson collection Les âges de la vie, Paris, 2003.)

II.5. CRITERES DIAGNOSTIC DE LA DPP

Le diagnostic de dépression du post-partum se fait par l'évaluation clinique d'un médecin spécialiste. L'interrogatoire est primordial ; on recherche les facteurs de risque et les signes cliniques. Il existe des outils conçus pour étayer son diagnostic ou pour quantifier l'intensité de l'état dépressif notamment les critères diagnostic du DSM-5 et de la CIM-10. Dans la pratique courante, plusieurs tests sont utilisés [47]. Mais l'utilisation de ces tests reste cependant limitée, et souvent réservée à des fins de recherche. Les études épidémiologiques procèdent habituellement en deux étapes : dans un premier temps une phase de dépistage à l'aide de questionnaires (auto ou hétéro-questionnaires), puis secondairement une phase de diagnostic par un guide d'entretien semi-structuré.

Plusieurs instruments de mesure sont décrits dans la littérature (48) mais le plus utilisé est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Entretiens cliniques structurés :

- Il existe plusieurs entretiens cliniques structurés. Ils sont généralement utilisés à des fins de recherches et ils ne sont pas spécifiques de la dépression du post-partum. Ils sont réservés à des spécialistes ayant une parfaite maîtrise des critères de diagnostic de la CIM-10 et du DSM-5. Ils ont pour inconvénients de prendre beaucoup de temps, d'être coûteux et de ne pas être recommandés pour la pratique courante ou en soins primaires. On distingue :
- Le Standard Psychiatric Interview (SPI) de Goldberg, 1972
- Le Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) de Spitzer, Endicott & Robins, 1978 Le Present State Examination (PSE) de Wing & Stuart, 1978
- Le Composite International Diagnostic review (CIDR) de Robins et coll., 1981
- Le Diagnostic Interview Schedule (DIS) de l'OMS, 1990
- Le Structured Clinical Interview for DSM-5-IV-R (SCID) de Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992
- Le Mini-international Neuropsychiatric Interview (MINI) de Sheehan & Lecrubier, 1998 : plus court, il requiert environ 15 minutes.

II.6. PRISE EN CHARGE

II.6.1. Prévention

La stratégie préconisée à l'égard des mères à risque comporte les points suivants [40][35] : Cours prénataux et postnataux afin de 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, soutien pendant la grossesse : susciter autour d'elles un soutien familial et social suffisant, psychothérapie interpersonnelle : conseiller d'éviter l'accumulation d'événements stressants comme changement de travail, déménagement, informer le compagnon de l'existence de facteurs de risque et lui proposer une aide psychologique,

Débriefing psychologique 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 post-natale. Ceci avant la sortie de l'hôpital. Follow-Up précoce post-partum : communication précoce après la sortie de l'hôpital, suivi de routine et soins post-partum On peut également faire recours à un traitement antidépresseur, œstrogène-thérapie et thérapie de progestérone et évaluation de la fonction thyroïdienne.

Le dépistage : qui est réalisé à l'aide d'échelles, certaines sont remplies par le praticien (hétéro-évaluation) et sont remplies par les patientes (auto-questionnaire).

Les échelles en hétéro-évaluation :

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) d'Hamilton, 1960
- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) de Montgomery & Asberg, 1979.

Les auto-questionnaires

- Zung Self-Rating Depression Scale (SDRS) par Zung, Richards & Short (1965),
- Center for Epidemiological Studies - Depression Scale (CES-D Scale) de Radloff (1977)
- General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg & Hillier (1979) a plusieurs versions selon le nombre d'items : GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 ou GHQ-12. Son utilisation révèle des scores globalement trop élevés en post-partum (nombre important de faux positifs) .
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD ou HADS), de Zigmond & Snaith (1983)
- Beck Dépression Inventory (BDI) de Beck, Steer & Garbin (1988) est protégé par des droits d'auteur.

Il est l'un des auto-questionnaires les plus répandus. Composé de 21 items cotés de 0 à 3, il évalue les symptômes cognitifs, comportements, plaintes somatiques, et les domaines interpersonnels pour mesurer la présence et l'intensité des symptômes dépressifs l'humeur. Un score seuil de 12 est recommandé pour le dépistage et 20 pour la recherche clinique [47].

Il a été révisé en 1996 pour mieux correspondre aux critères du DSM-5 : certaines questions sur la perte de poids, l'image corporelle, les difficultés de travail et les troubles somatiques ont été remplacés par des interrogations sur l'agitation, la dévalorisation, les difficultés de concentration, la perte d'énergie, et la période a été élargie aux deux dernières semaines écoulées. Cette version corrigée BDI-II est un peu plus adaptée à la période du post-partum, et a montré des performances acceptables, mais moins que l'EPDS ou le PDSS [47].

- Post-partum Depression Screening Scale (PDSS) a été créé par Beck & Gable en 2001, spécifiquement pour la période post-natale.

Composé de 35 items avec des réponses qualitatives proposées sous forme d'échelle de Likert (classement par ordre croissant de sévérité), il explore des dimensions principalement affectées en cas de DPP (labilité émotionnelle, anxiété, troubles du sommeil et de l'appétit, confiance en soi.) au cours des deux dernières semaines. Il pourrait avoir de meilleures

performances en termes de sensibilité et spécificité que l'EPDS [47]. Son accès est limité par des droits de reproduction.

➤ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Description :

L'Edinburgh Postnatal Dépression Scale (EPDS) ou Echelle de Dépression Post-natale d'Edinbourg est une échelle d'auto-évaluation constituée de 10 éléments (cf. Annexe 5). Elle a été développée par Cox, Holden & Sagovsky [48] en 1987, afin de dépister la dépression lors de la période post-partum. Les femmes doivent indiquer à quelle fréquence elles ont ressenti les symptômes au cours des 7 jours précédents. Les items de l'EPDS sont cotés sur une échelle à 4 points :

0 = oui, tout le temps

1 = oui, la plupart du temps

2 = non, pas très souvent

3 = non, pas du tout.

Le score minimum est 0 et le maximum est 30. Avec une sensibilité (Se) de 86% et une spécificité (Sp) de 78% si l'EPDS (dans sa version anglaise) est utilisé comme instrument de dépistage systématique le score-seuil de 10 indique le mieux les femmes souffrant de dépression majeure ; si l'EPDS est utilisé dans une optique de recherche, le seuil de 13 est préconisé [48].

Dans tous les cas, le jugement clinique du praticien prime sur le score obtenu. L'item 10 doit être attentivement remarqué, même en cas de résultat inférieur au score-seuil, car il évoque les idées suicidaires. Sa positivité doit amener à approfondir l'interrogatoire et à une prise en charge spécifique du risque suicidaire.

L'EPDS a été élaboré pour faciliter aux professionnels ayant des aptitudes limitées en psychiatrie la reconnaissance d'un état dépressif [47]. Comme tout auto-questionnaire, il ne nécessite aucune formation de la part de celui ou celle qui ne le fait pas. Il peut être proposé à des femmes qui ne lisent pas bien la langue du pays, c'est alors le professionnel qui lit les questions. Il est préférable que la maman remplisse seule son questionnaire sans qu'un proche puisse lire ses réponses.

L'échelle se complète en 5 minutes et a une méthode d'évaluation très simple.

Traduction et validation en français :

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale a été traduite et validée en français. Pour l'échelle en français, Guedeney et Fermanian trouvent les résultats suivants

13 : Se=0.60, Sp=0.97, VPP=0.98, VPN (valeur prédictive négative) =0.67

12 : Se=0.73, Sp=0.95, VPP=0.94, VPN=0.75

11 : Se=0.80, Sp=0.92, VPP=0.92, VPN=0.81

10 : Se=0.84, Sp=0.78, VPP=0.80, VPN=0.82

En accord avec Cox, les auteurs concluent que « pour une population francophone de mères vues entre le deuxième et le quatrième mois du post-partum, le score de 12 reste pertinent dans une logique de recherche et celui de 11 pour une logique clinique » [50].

II.6.2. Traitement

C'est t'une prise en charge qui se fait en milieu mère - bébé des différentes structures hospitalières.

➤ **Les traitements médicamenteux Chimiothérapie**

Antidépresseurs et anxiolytiques Il existe plus d'une vingtaine de médicaments antidépresseurs disponibles dans le commerce et ce chiffre est en constante augmentation. On en distingue plusieurs groupes notamment : Les antidépresseurs tricycliques. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine : il s'agit d'une nouvelle classe qui a été recommandée par plusieurs chercheurs comme premier choix de traitement pour dépression du post-partum. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase. De nombreuses études mettant en évidence le transfert des antidépresseurs dans le lait maternel ont été publiées au cours des dernières années. Il est difficile toutefois d'en comparer les résultats en raison de l'hétérogénéité des diverses données (devis, doses maternelles, âge des enfants au moment des prélèvements, techniques d'analyse du lait maternel, exposition ou non au médicament en fin de grossesse).

➤ **La psychothérapie**

Il peut s'agir de travailler sur la relation qui unit la mère et l'enfant lorsque l'enfant ne présente pas de troubles spécifiques. De par son action sur les modalités interactives, la psychothérapie maternelle aura un rôle préventif pour l'enfant. Le travail autour de la relation mère – bébé inclut le père, lorsque cela est possible et s'appuie sur lui [45].

➤ **La prise en charge institutionnelle**

De nombreuses études ont prouvé leur efficacité. Lorsque la mère présente une pathologie psychiatrique lourde, la prise en charge institutionnelle de la mère et du bébé repose sur le traitement médicamenteux et les soins des interactions. Ce sont surtout les interactions comportementales qui sont visées, les interactions affectives étant plutôt prises en compte dans le cadre d'un travail psychothérapique mère –

bébé. Dans la mesure du possible et lorsque la pathologie n'est pas trop intense, ces mères sont amenées à s'occuper de leurs enfants tout en pouvant également se décharger de cette responsabilité à certains moments sur l'équipe soignante [40].

➤ **Évaluation des capacités maternelles**

La prise en charge du lien mère – bébé n'exclut pas, bien au contraire, une certaine évaluation des capacités parentales en fonction de l'évolution des troubles, surtout lorsque la mère présente une pathologie psychiatrique. En effet, la question de la chronicité des troubles psychiatriques et de la gravité du handicap qui en découle est importante à prendre en compte en ce qui concerne le développement psychoaffectif d'un enfant [40,49]. L'équipe infirmière a un rôle majeur à jouer, à côté du maintien de la sécurité du bébé, dans l'évaluation des compétences de la mère à s'occuper de son enfant. Cette évaluation pourra déboucher parfois sur un placement de l'enfant [41][47].

➤ **Les soins en ambulatoire**

La fin d'une hospitalisation dans une unité mère - bébé psychiatrique n'est pas forcément synonyme d'arrêt du traitement. De nos jours, on parle de plus en plus de l'intérêt de réseaux de soins qui permettent à des équipes médicales et / ou médicosociales d'intervenir auprès d'une mère et de son bébé à des temps particuliers (service de psychiatrie d'adultes, service de gynécologie, service de pédopsychiatrie, P.M.I., secteur social, juge pour enfants, etc.) [45].

➤ **Psychoéducation du partenaire et du soutien familial**

Elle constitue une composante importante de la prise en charge non pharmacologique de la dépression du post-partum. Elle vise à améliorer leur compréhension de la maladie, de ses manifestations et de son évolution afin de favoriser leur implication dans le processus thérapeutique. Elle repose sur l'information des proches concernant les principaux symptômes de la dépression du post-partum, les options thérapeutiques disponibles ainsi que les signes de gravité nécessitant une prise en charge spécialisée. Le partenaire et la famille sont également encouragés à apporter un soutien émotionnel et pratique à la mère, notamment en participant aux soins du nouveau-né et aux activités quotidiennes. En renforçant les connaissances et l'implication de l'entourage, la psychoéducation contribue à réduire l'isolement de la mère, à améliorer l'adhésion aux soins et à favoriser son rétablissement.

II.7. ETAT DES CONNAISSANCES

Tableau IV : état des connaissances

AUTEURS LIEU ANNEE	TITRE	METHODOLOGIE	RESULTATS ET CONCLUSION
INTERNATIONALES			
S. Tebeka, J. Mullaert, C. Dubertret, Y. Le Strat, A. De Premorel Higgon, A. Benachi, M. Dommergues, G Kayem, J. Lepercq, D. Luton, L. Mandelbrot, Y. Ville, N. Ramoz et S. Tezenas du Montce 2021	Prévalence et incidence de la dépression post- partum et facteurs environnementaux x : la cohorte IGEDEPP	Méthodes : Les DPP précoces et tardives ont été évaluées respectivement à 8 semaines et 1 an après l'accouchement, selon les critères du DSM-5.	Résultats : La prévalence de la DPP précoce était de 8,3 % (IC 95 % 7,3–9,3), et de la DPP tardive de 12,9 % (IC 95 % 11,5–14,2), avait des antécédents d'au moins un trouble psychiatrique ou addictif, principalement dépressif (35 %). Près de 300 femmes de la cohorte (9,0 %) ont rapporté des traumatismes durant l'enfance. Pendant la grossesse, 47,7 % des femmes ont connu un événement stressant, 30,2 % durant les 8 premières semaines et 43,9 % entre 8 semaines et un an après l'accouchement. Conclusion : Les épisodes dépressifs incidents ont touché près d'une femme sur cinq durant la première année post- partum. La plupart des femmes ont connu des événements périnataux stressants.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., et Harris, M. G. 2021	Une revue systématique et une méta- régression de la prévalence et de l'incidence de la dépression périnatale	Méthodes : Une revue systématique de la littérature utilisant les bases de données PsycINFO et PubMed a permis de recueillir 140 estimations de prévalence utilisables issues de 96 études.	Résultats : En ajustant pour les effets de toutes les autres variables du modèle, la prévalence dérivée à l'aide d'échelles de symptômes était significativement plus élevée que celle obtenue par des instruments diagnostiques (rapport de chances [OR] 1,6, intervalle de confiance [IC] à 95 % 1,3–2,0). De plus, la prévalence était significativement plus élevée chez les femmes des pays à faible et moyen revenu que chez les femmes des pays à revenu élevé (OR 1,8, IC 95 % 1,4–2,2). La prévalence globale combinée était de 11,9 % des femmes pendant la période périnatale (IC 95 % 11,4– 12,5). Conclusion : La dépression périnatale semble imposer une charge plus importante aux femmes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cette revue contribue de manière significative à la littérature épidémiologique sur ce trouble.
Ziyi Wang, Jiaye Liu, • Huan Shuai, Zhongxia ng Cai, Xia Fu, Yang Liu,	Cartographie de la prévalence mondiale de la dépression chez les femmes post- natales •	Méthodes : Une revue systématique et une méta-analyse ont été réalisées conformément aux directives PRISMA. Les articles de leur création à juillet 2021 ont été examinés à	Résultats : Un total de 565 études provenant de 80 pays ou régions différents ont été inclus dans l'analyse finale. La dépression post-partum a été observée chez 17,22 % (IC 95 % 16,00–18,51) de la population

• Xiong Xiao, Wenhao Zhang, • Elise Krabbendam, Shuo Liu, Zhongchun Liu, Zhihui Li & Bing Xiang Yang • 2021		l'aide des bases de données suivantes : Medline, Embase, Web of Science, Cochrane, PsycInfo et Google Scholar.	mondiale. L'analyse de méta-régression a montré que la taille de l'étude, le développement des pays ou des régions, ainsi que les revenus des pays ou des régions étaient les causes de l'hétérogénéité. Conclusion : Nos résultats ont indiqué qu'une femme sur cinq souffre de DPP, liée au revenu et au développement géographique. Elle est déclenchée par diverses causes qui nécessitent l'attention et l'intervention engagée des professionnels de soins primaires, des cliniciens, des autorités sanitaires et de la population générale
Siân Harrison , Maria A Quigley , Gracia Fellmeth , Alan Stein , Fiona Alderdice 2023	L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la dépression post-natale : analyse de trois enquêtes nationales de maternité basées sur la population en Angleterre	Méthodes : L'analyse a été réalisée à l'aide d'enquêtes basées sur la population réalisées en 2014 (n = 4571), 2018 (n = 4509) et 2020 (n = 4611). Les estimations pondérées de la prévalence de la dépression post-natale (score EPDS ≥ 13) ont été comparées entre les enquêtes.	Résultats : La prévalence de la dépression post-natale est passée de 10,3 % en 2014 à 16,0 % en 2018 ; RR = 1,55 (IC 95 % : 1,36–1,77)) et à 23,9 % en 2020 (RR = 1,49 (IC 95 % : 1,34–1,66)). Avoir un problème de santé mentale chronique, une anxiété prénatale et une dépression prénatale étaient associés à un risque accru de dépression post-natale, tandis que la satisfaction à l'accouchement et le soutien social étaient associés à une diminution du risque avant et pendant la pandémie. Conclusion :

			Cette analyse indique que le Covid-19 a eu un impact négatif important sur la santé mentale des femmes post-natales et a pu accélérer une tendance existante à la prévalence croissante de la dépression post-natale. Les facteurs de risque de dépression post-natale étaient constants avant et pendant la pandémie. L'identification, l'intervention et le suivi en temps opportun sont essentiels pour soutenir les femmes à risque, et il est essentiel de renforcer les mécanismes de soutien aux femmes en période de risque accru comme la pandémie.
Iben Motzfeldt , Sabin a Andreasen , Amalia Lynge Pedersen , Michael Lynge Pedersen 2013	Prévalence de la dépression post-natale à Nuuk, Groenland – une étude transversale utilisant l'échelle de dépression post-natale d'Édimbourg	Méthodes : Le système de soins de santé primaires de Nuuk a lancé un projet visant à dépister la dépression des nouvelles mères en utilisant l'Édimbourg Postnatal Depression Scale (EPDS). Toutes les mères résidant à Nuuk ayant accouché en 2011 faisaient partie du groupe d'étude.	Résultats : En 2011, un total de 217 mères ont accouché à Nuuk. Parmi eux, 80,2 % (174) ont été dépistés pour la DPP à l'aide de l'EPDS. Quinze mères ont obtenu 13 points ou plus, correspondant à une prévalence possible de la DPP à 8,6 % (15/174). Soixante-dix-neuf pour cent ont marqué moins de 9 points (137/174), tandis que 15 % (22/174) ont obtenu entre 9 et 12 points. Conclusion : La DPP semble être un problème courant à Nuuk, au Groenland. L'EPDS semble être un outil

			précieux pour identifier les femmes atteintes de DPP et les mères vulnérables ayant des besoins supplémentaires de soutien dans un contexte groenlandais. Un dépistage de routine continu est recommandé.
Mark E. McGovern , Slawa Rokicki , Nancy E. Reichman 2022	Dépression maternelle et bien-être économique : une approche quasi-expérimentale	Méthodes : Nous avons mené des analyses longitudinales à l'aide de l'étude Fragile Families and Child Wellbeing, une étude de cohorte de naissance urbaine aux États-Unis. Nous avons évalué la contribution potentielle des confondeurs non mesurés invariants dans le temps en utilisant une approche quasi-expérimentale.	Résultats : la dépression maternelle était associée à l'absence d'emploi et à la rencontre de difficultés matérielles et du revenu annuel des ménages de 2 114 \$. Les impacts à la 15e année étaient les plus forts pour ceux qui souffraient de dépression persistante. Conclusion: Les résultats de notre étude renforcent l'argument en faveur du visionnage santé mentale les services de soutien sont des interventions pouvant également favoriser le bien-être économique, et soulignent l'importance d'inclure les impacts économiques dans les évaluations de la rentabilité des interventions en santé mentale.
Lee YL, Tien Y, Bai YS Lin CK, Yin CS	Association de la dépression post-partum au suicide maternel : une	Méthodes : Nous avons examiné les dossiers médicaux de femmes âgées de 18 à 50 ans ayant	Résultats : Les taux de symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi que le risque cumulatif de suicide, étaient

Chung CH, Sun CA, Huang SH, Huang YC, Chien WC, Kang CY, Wu GJ 2022	étude nationale basée sur la population.	accouché et ayant eu une DPP (cohorte d'étude, $n = 2882$), qui ont accouché mais n'ont pas eu de DPP (cohorte de comparaison 1, $n = 5764$), et qui n'ont ni accouché ni eu de DPP (cohorte de comparaison 2, $n = 5764$) entre 2000 et 2015. Les patients ont été suivis jusqu'au suicide, au retrait du programme national d'assurance maladie, ou au 31 décembre 2015.	significativement plus élevés dans la cohorte de l'étude. La DPP était significativement corrélée à un risque accru de suicide maternel et était associée à un risque accru de développer des comorbidités telles que l'hypertension, le diabète sucré, l'hyperlipidémie et les AVC. Les cohortes de comparaison n'ont pas différé de manière significative en termes de risque de suicide. Conclusion : La DPP était associée à un taux de suicide significativement plus élevé et à un délai de suicide après l'accouchement plus court. La dépression et l'anxiété en jeune âge, en hiver et sub-clinique ont positivement prédit le suicide dans la cohorte de l'étude. Pour prévenir le suicide maternel, les cliniciens doivent être attentifs aux symptômes subcliniques de dépression et d'anxiété chez les patients.
Slawa Rokicki, Mark McGovern, Annette Von Jaglinsky, Nancy E. Reichman 2023	Dépression dans l'année post-partum et trajectoires économiques du parcours de vie	Méthodes : Il s'agissait d'une analyse longitudinale d'une cohorte de mères issues de l'étude Fragile Families and Child Wellbeing Study, débutant à l'accouchement en 1998–2000 et jusqu'en 2014–	Résultats : Au total, 12,2 % de l'échantillon remplissait les critères d'un épisode dépressif majeur un an après l'accouchement. La dépression maternelle avait une association forte et durable avec les difficultés matérielles et le fait de ne pas

		2017. L'analyse a été réalisée en 2021. La dépression maternelle a été évaluée à l'aide de l'entretien diagnostique international composite – formulaire court 1 an après l'accouchement, et les résultats incluaient des mesures de difficultés matérielles, de pauvreté familiale et d'emploi. Les associations entre la dépression maternelle et les résultats ont été analysées à l'aide de régression logistique et de modélisation de trajectoire basée sur les groupes.	travailler pour rémunération lors des années 3, 5, 9 et 15 après l'accouchement, la pauvreté des ménages en 3e à 9e année et avec le chômage en troisième année. Conclusions : Soutenir la santé mentale périnatale est crucial pour renforcer le bien-être économique des personnes en procréation et réduire l'impact de la dépression maternelle sur la transmission intergénérationnelle de l'adversité.
Michael E Silverman, Abraham Reichenberg, David A Savitz, Sven Cnattingius, Paul Lichtenstein, Christina M Hultman, Henrik Larsson, Sven Sandin 2017	Les facteurs de risque de la dépression post-partum : une étude basée sur la population	Méthodes : Une étude prospective nationale de cohorte portant sur toutes les femmes ayant eu un seul enfant vivant en Suède de 1997 à 2008 a été menée. Le risque relatif (RR) de dépression clinique au cours de la première année post-partum et des intervalles de confiance bidirectionnels à 95 % ont été estimés.	Résultats : Le RR de la DPP chez les femmes ayant des antécédents de dépression a été estimé à 21,03 (intervalle de confiance : 19,72-22,42), comparé à celles sans dépression. Chez toutes les femmes, le risque de DPP augmentait avec l'âge avancé (1,25 (1,13-1,37)) et le diabète gestationnel (1,70 (1,36-2,13)). Chez les femmes ayant des antécédents de dépression, le diabète prégestationnel (1,49 (1,01-2,21)) et un accouchement prématuré léger augmentaient également le risque 2017(1,20 (1,06-

			1,36)). Chez les femmes sans antécédents de dépression, un jeune âge (2,79-2,57)), un accouchement assisté par instruments (1,23 (1,09-1,38)) ou une césarienne (1,64 (1,07-2,50)) et un accouchement prématuré modéré augmentaient le risque (1,36 (1,05-1,75)). Les taux de DPP ont considérablement diminué après le premier mois post-partum (RR = 0,27). Conclusion : Dans la plus grande étude basée sur la population à ce jour, le risque de DPP était plus de 20 fois plus élevé chez les femmes ayant des antécédents de dépression comparé à celles sans. Le diabète gestationnel était indépendamment associé à un risque de DPP légèrement accru. Les antécédents dépressifs maternels ont également eu un effet modificateur sur les facteurs de risque de DPP pré- et péri-nataux.
AFRICAINES			
Catherine Atuhaire , Samuel Nambile Cumber 2021	Facteurs associés à la dépression post-partum chez les adolescents en Ouganda	Méthodes : Dans cette courte étude de communication, 16 bases de données ont été utilisées lors de la recherche d'articles. Les bases de données utilisées étaient : PubMed...etc	Résultats : L'UDHS de 2016 rapporte une augmentation de 1 % des grossesses chez les adolescentes, passant de 24 à 25 % en 2016, ce qui signifie que 3 adolescents sur dix ont commencé à avoir des enfants. Une étude menée

			en milieu urbain en Ouganda, attestée par le niveau d'éducation des participants au secondaire, a rapporté que la dépression post-partum était significativement associée aux jeunes mères (adolescentes), aux mères ayant des grossesses non planifiées alors qu'elles étaient monoparentales, aux anomalies congénitales du bébé, au sexe non préféré de l'enfant et aux événements négatifs de la vie avant la naissance et la maladie de la mère, chez les mères infectées par le VIH/SIDA, la mort inattendue d'un enfant ou d'un conjoint, la pauvreté surtout en milieu rural et les abus violents entre partenaires.
			Conclusion : La dépression post-partum touche les femmes dans les pays développés comme dans les pays en développement, et les mères adolescentes sont plus à risque d'en souffrir. Les facteurs de risque sont similaires, sauf que les pays sous-développés, notamment ceux d'Afrique subsaharienne comme l'Ouganda, subissent un fardeau plus important des facteurs de risque tels que l'âge des mères, le VIH/SIDA, le

			faible statut socio-économique et la culture.
Hanifat Monisola Adedoyin , Marya m Oluwakemi Yusuf- Oladosu , Aisha Funmilayo Lawal , Muibat Adesola Adeniran , Ibrahi m Shola Abdulraheem 2024	Prévalence et prédicteurs indépendants de la dépression post-partum chez les femmes post- partum dans la métropole d'Ilorin, centre- nord du Nigeria	Méthode : Une étude transversale descriptive a recruté 374 femmes post-partum (≤ 12 mois après l'accouchement) fréquentant six centres de soins primaires dans la LGA d'Ilorin West, dans l'État de Kwara, via un échantillonnage en plusieurs étapes. La DPP était définie comme un score $EPDS \geq 10$. Les données ont été analysées via la version 20 de SPSS.	Résultat : Les tests du chi carré et la régression logistique binaire ont identifié des associations et des prédicteurs indépendants ($p < 0,05$). Parmi les 374 patients ayant obtenu une réponse complète, la prévalence de la DPP était de 33,7 % (IC 95 % 29,0– 38,7 %). Des associations bivariées existaient avec un âge plus jeune, un faible niveau d'éducation, une parité multiple, des antécédents de dépression, un manque de soutien social, des violences conjugales, une césarienne et l'allaitement non exclusif (tous $p < 0,01$). Dans l'analyse multivariée, les prédicteurs indépendants étaient un historique de dépression (aOR 4,21, IC 95 % 2,34– 7,56 ; $p < 0,001$) et la violence conjugale Conclusion : Ces résultats confirment à la fois les antécédents psychiatriques et la violence domestique sont des moteurs transrégionaux majeurs et cohérents de la PPD dans les zones géopolitiques du Nigeria, et appellent à la nécessité d'interventions à double

			focale pour traiter des antécédents de santé mentale et de la violence fondée sur le sexe dans les soins maternels.
Abel Fekadu Dadi, Temesgen Yihunie Akalu, Adhanom Gebreegziabher Baraki, Haileab Fekadu Wolde 2020	Épidémiologie de la dépression post-natale et ses facteurs associés en Afrique : une revue systématique et une méta-analyse	Méthodes : Nous avons consulté des études observationnelles menées en Afrique et publiées entre le 01/01/2007 et le 30/06/2018 dans les bases de données CINHALL, MEDLINE, PsycINFO, Psychiatry online, PubMed, SCOPES et Emcare.	Résultats Dix-neuf études impliquant 40 953 mères post-natales faisaient partie de cette revue systématique et de cette méta-analyse. La prévalence globale combinée de la DPN était de 16,84 %. Les chances de développer une DPN étaient plus élevées chez les femmes présentant une mauvaise obstétrique et des antécédents d'effets néfastes à la naissance et à la santé infantile. Avoir des antécédents de troubles mentaux courants, un faible soutien social, un statut économique inférieur, et ceux exposés à une autre forme de violence conjugale présentaient des chances plus élevées de DPN. Conclusion : Bien que les études de prévalence robustes soient rares, notre revue a indiqué un taux élevé de prévalence de dépression post-natale. L'analyse a également identifié les femmes post-partum à un risque accru de DPN. Il est donc nécessaire de concevoir et d'intensifier des stratégies globales pour réduire son

			fardeau, en se concentrant sur les femmes à risque de DPN.
Sitotaw Kerie, Melak Menberu , Wondwossen Niguse 2018	Prévalence et facteurs associés à la dépression post-partum dans le sud-ouest, Éthiopie, 2017 : une étude transversale	Méthodes : Une étude transversale institutionnelle a été menée à l'hôpital universitaire Mizan-Tipi, à l'hôpital général Gebretsadik Shawo et à l'hôpital primaire Tepi dans le sud-ouest de l'Éthiopie, du 1er décembre au 1er février 2017. Toutes les mères accouchées au cours des 12 derniers mois et celles ayant suivi un suivi post-partum dans ces trois hôpitaux constituaient la population source. Toutes les mères ayant fait l'accouchement ayant suivi un suivi post-partum durant la période d'étude dans ces hôpitaux ont été incluses dans l'étude.	Résultats : L'étude a révélé que 138 (33,82 %) des mères souffraient de dépression post-partum. Le rapport des chances ajusté pour grossesse non planifiée = 4,49, IC 95 % (2,31, 8,71), l'âge de 15 à 24 ans (AOR = 0,420, IC 95 % (0,18, 0,98), une AOR pour maladie physique chronique = 7,71, IC 95 % (2,34, 25,44), la OR de décès du nourrisson = 4,12 (1,78, 9,51) et l'AOR de l'état conjugal instable = 6,02 (2,79, 12,99) étaient significativement associés à une dépression post-partum. Conclusion : La prévalence de la dépression post-partum s'est révélée élevée. Il faut donc porter une attention urgente à ce problème, en particulier à sa détection précoce, afin de réduire la morbidité chez ce groupe de femmes.
C Gastaldon , V Whitesell Skrivankova , G Schoretsanitis , N Folb , K	Diagnostic de la dépression post-partum et des facteurs associés en Afrique du Sud	Méthodes : Dans cette étude de cohorte longitudinale, nous avons analysé les demandes de remboursement provenant de	Résultats : Parmi les 47 697 participants, 2 380 (5,0 %) ont été diagnostiqués avec une dépression post-partum. L'incidence cumulative de la DPP est

Taghavi , M A Davies , M Cornell , G Salanti , C Mesa Vieira , M Tlali , G Maartens , M Egger , A D Haas 2025	: une étude de cohorte portant sur 47 697 femmes	bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie sud-africaine ayant accouché d'un enfant entre 2011 et 2020.	passée de 0,8 % (IC 95 % 0,7-0,9) à 6 semaines à 5,5 % (5,3-5,7) à 12 mois après l'accouchement. Le risque de DPP était plus élevé chez les personnes présentant des antécédents de dépression, d'accouchement prématuré, de SOPK, d'hyperémésie gravidique), d'hypertension gestationnelle et d'hémorragie post-partum. L'endométrieose, le VIH, le diabète gestationnel, le stress fœtal, Conclusions : Le taux de diagnostic de la DPP était inférieur à ce prévu, basé sur la prévalence de la DPP dans les études précédentes, indiquant une possible lacune diagnostique dans le secteur privé sud-africain. Les facteurs de risque identifiés pourraient orienter les stratégies ciblées de dépistage de la DPP.
Andra Iancu, Valeria-Anca Pietrosel, Teodor Salmen, Cristina Ioana Bica, Ioana Păunică, Liliana Florina Andronache	Dépression post-partum : facteurs associés et sous-diagnostic	Méthode : L'étude a recruté 35 patients diagnostiqués avec une dépression post-partum qui ont été hospitalisés dans un centre de soins tertiaires pour troubles psychiatriques entre 2016 et 2020. Les données ont été collectées à partir des	Résultats : L'incidence de la dépression post-partum est plus élevée dans la tranche d'âge 30-45 ans chez les femmes primipares issues de zones urbaines, sans emploi et non intégrées dans une famille (familles déséquilibrées ou monoparentales), avec un niveau d'éducation moyen (lycée) et une dépendance à l'alcool.

, Florentina Gherghiceanu Et Cecilia Curis 2022		tableaux d'observation des patients	L'un des 35 patients a commis un infanticide. Conclusions : Même si la dépression post-partum est connue dans le monde entier, elle reste sous-diagnostiquée, certains facteurs y répondant. La dépression post-partum nécessite l'identification des conditions à risque chez les femmes enceintes et une thérapie individualisée de manière centrée sur le patient et holistique.
CAMEROUNAISES			
Therence Nwana Dingana' Stewart Ndutard Ngasa, Neh Chang Ngasa, Leticia Armelle Sani Tchouda , Christa bel Abanda, Eric Wah Sanji, Mbianyor Bill, Juste Ongeh Niba, Carlson- Sama Babila 2022	Prévalence et facteurs associés à la dépression post-partum dans une zone rurale du Cameroun : une étude transversale	Méthodes : Nous avons mené une étude hospitalière transversale à l'hôpital du district de Tubah. Une technique d'échantillonnage de commodité consécutive a été utilisée pour recruter les participants. Notre principal critère était la dépression post-partum, évaluée à l'aide de l'EPDS.	Résultats : Au total, 207 femmes post-partum ont participé à cette étude, avec un âge moyen de $27,54 \pm 5,78$ ans. La prévalence de la dépression était de 31,8 %. La violence basée sur le genre (OR : 4,67, P = 0,013), le stress financier (OR : 3,57, P = 0,002) et le bébé masculin (OR : 2,83, P < 0,001) étaient des facteurs psychosociaux indépendants associés à la DPP. Les facteurs psychocliniques indépendants de la dépression post-partum incluent les antécédents familiaux de maladie mentale (OR : 4,34, P = 0,04) et les antécédents antérieurs de dépression (OR : 4,17, P = 0,02).

			Conclusion : La prévalence de la dépression post-partum chez les femmes fréquentant l'hôpital du district de Tubah, région du Nord-Ouest du Cameroun, est élevée. Les facteurs associés à la DPP sont nombreux. L'identification des facteurs de risque, un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate peuvent prévenir la DPP, la morbidité invalidante et le suicide chez les mères.
Joël Djatche Miafo, Daniel Nzebou, Beat Stoll, Joris Cathel Yimga Ngambia, Marqui se Kouo Ngamby Ekedy, Saskia von Overbeck Ottino, Amir Moayedoddin 2020	Validation de l'échelle de dépression post-natale d'Édimbourg et de la prévalence de la dépression chez les mères adolescentes dans un contexte camerounais	Methode : L'étude est transversale et analytique. L'EPDS a été utilisé pour dépister les symptômes de dépression et un entretien basé sur les critères du DSM-5 pour la dépression a été mené pour diagnostiquer le syndrome dépressif.	Resultat : 1633 mères adolescentes furent recrutées. La prévalence de la dépression périnatale était de 60,8 %. Le seuil pour cette population était ≥ 11. La sensibilité était de 92,6 % (IC 95 % = 0,913, 0,939), spécificité de 53,2 % (IC à 95 % = 0,508, 0,556), VPP de 75,5 % et VPN de 80,2 %. Ce score de ≥ 11 est conservé car les résultats faux négatifs ont des conséquences négatives importantes. Conclusion : Cette étude sur la validation de l'EPDS et la prévalence de la dépression périnatale chez une population de mères adolescentes est

			nouvelle au Cameroun et en Afrique centrale.
--	--	--	--

CHAPITRE III: MÉTHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude transversale analytique, à collecte prospective.

III.2. SITES D'ÉTUDE

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY)

HGOPY est le fruit de la coopération sino-camerounaise. C'est un établissement public à caractère hospitalier occupant le sommet de la pyramide sanitaire, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il est créé le 24 septembre 2001 et inauguré le 28 mars 2002 par le Président de la République du Cameroun.

HGOPY est situé au quartier Ngousso arrondissement de Yaoundé 5ème, département du Mfoundi, région du Centre. Il est limité au nord par l'Hôpital Général, au sud par la voie ferrée, à l'est par la Maetur Ngousso, à l'ouest par le collège privé (TCHEUTCHOUA).

Le service de gynécologie et obstétrique comprend : la maternité, les salles d'hospitalisation et les bureaux de consultation externes.

La maternité est constituée de :

- Une salle d'admission où les observations médicales sont prises avant d'entrer en salle de travail ;
- Un magasin ;
- Une salle de bain ;
- Deux bureaux de spécialistes ;
- Un bureau de sages-femmes ;
- Deux salles de post partum de six lits chacune ;
- Un bureau des majors et de la secrétaire du service ;
- Une salle de travail de six lits ayant deux douches ;
- Une salle d'accouchement commune ;
- Une salle d'accouchement spéciale avec douche interne ainsi qu'une salle d'eau et une salle de convivialité.

Pour ce qui concerne les hospitalisations :

- 07 salles d'hospitalisation de 35 lits ;
- 01 salle d'archives ;
- 01 salle d'infirmiers ;
- 01 consultation spéciale avec son secrétariat ;

- 01 salle de soins ;
- 01 magasin et 04 bureaux de médecins.

Les activités de consultation externes sont supervisées par un major qui coordonne une équipe d'infirmiers et comporte des bureaux et des box de consultation externes gynécologie et obstétrique.

Le personnel de la maternité est constitué de trente-sept personnes, dont neuf gynécologues obstétriciens, aux rangs desquels un professeur titulaire et deux professeurs Maître de conférences de Gynécologie-Obstétrique, un généraliste, quatre infirmiers Diplômés D'état, un infirmier diplômé d'Etat Accoucheur, quatorze infirmiers brevetés accoucheurs, une secrétaire, deux archivistes, deux agents de surface et trois brancardiers.

III.3. DURÉE ET PÉRIODE D'ÉTUDE

Cette étude s'est déroulée sur une durée de 08 mois allant du 1^{er} Octobre 2025 au 31 Mai 2026.

III.4. POPULATION D'ÉTUDE

III.4.1. Population cible

La population cible de notre étude était constituée de l'ensemble des femmes en post-partum au Cameroun.

III.4.2. Population source

La population source de notre étude était toutes les accouchées en post-partum dans la structure hospitalière sélectionnée.

III.4.3. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

- Les femmes ayant données leur consentement libre et éclairé après information sur l'étude, ainsi que le consentement du parrain /tuteur légal pour les mineurs ;
- Les femmes ayant accouchées à HGOPY ;
- Les femmes en post-partum.

III.4.4. Critères de non-inclusion

Cependant nous n'avons pas inclus dans cette étude :

- Les femmes ayant un problème de communication.

III.4.5. Critères d'exclusion

Nous avons exclues dans notre étude :

- Les femmes présentant une pathologie psychiatrique permanente et antérieure à la grossesse ;
- Les femmes ayant retiré leur consentement au cours de l'étude ;
- Questionnaire incomplet.

III.4.6. Calcul de la taille de l'échantillon

Le calcul a été effectué à partir de la formule de Schwartz (1965).

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Où :

- n = taille minimale de l'échantillon ;
- Z = valeur de la loi normale pour un risque $\alpha = 5 \%$ ($Z = 1,96$) ;
- p = prévalence attendue de la DPP ;
- d = marge d'erreur admise (6 %).

Sur la base de la prévalence de 27,8 % rapportée par Fokam et al. (2023) au CHU de Yaoundé :

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,278 \times (1 - 0,278)}{(0,06)^2} = 214$$

En anticipant 5 % de non-réponses, la taille minimale sera :

$$n = 214 + 10,7 \approx 225 \text{ femmes}$$

III.4.6. Méthode d'échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage consécutif non probabiliste :

les femmes ont été prises comme elles viennent.

III.5. OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES

III.5.1. Ressources humaines

- Investigateur principal : nous même
- Équipe d'encadrement : directeur et co-directeurs de thèse
- Personnel de sante des services : médecins, majors, infirmiers et personnel de service
- Statisticien

III.5.2. Ressources matérielles

Pour cette étude nous avons eu besoin de :

- Un questionnaire structuré en quatre sections (Annexe 1) :
- Ordinateur portable
- Connexion internet
- Téléphone avec Crédit de communication
- Articles et livres
- Logiciels: SPSS 26.0; Microsoft Office Word 2013; Microsoft Office Excel 2013
- Matériel de bureau (stylos à bille, bloc-notes, crayon, gomme ...)
- Blouse blanche
- Disque dur externe

III.6. PROCÉDURE DE COLLECTE

III.6.1 Formalité administrative

Pour mener à bien notre étude, nous avons :

- Validé notre protocole par nos maîtres et le comité d'éthique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicale de l'Université de Yaoundé I.
- Obtenu des autorisations auprès du directeur de HGOPY.
- Obtenu une clairance institutionnelle du Comité d'Ethique et de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

III.6.2 Préparation

Après avoir obtenu une autorisation administrative sur supervision de notre encadreur, nous avons fait un Pré-test sur 20 femmes permettant d'ajuster la clarté des questions.

III.6.3 Collecte de donnée

- Préparation de la collecte
 - Les patientes ont été recrutées dans les différents services de HGOPY, tels que : le service vaccination, consultation pédiatrique et postnatal.
 - Nous veillions à disposer de tous les outils indispensables : formulaires de consentement et questionnaires codés.
- Accueil et information des participantes
 - À l'arrivée des mères dans les dits services ;

- Une présentation sommaire de l'étude était réalisée, précisant ses objectifs, sa méthodologie et son intérêt scientifique et social ;
 - La fiche d'information (Annexe 1) était lue et expliquée aux participantes, avec possibilité pour celle-ci de poser toutes les questions nécessaires à sa compréhension.
 - Obtention du consentement éclairé
 - Après explication, le consentement libre, éclairé et anonyme était obtenue avant toute collecte de données ;
 - Seules les participantes ayant donné leurs consentements étaient incluses dans l'étude.
 - Administration du questionnaire
 - Le questionnaire était administré en entretien individuel ;
 - La durée moyenne de passation était d'environ sept minutes ;
 - Le questionnaire était administré dans l'ordre suivant :
1. Caractéristiques sociodémographiques ;
 2. Caractéristiques obstétricales ;
 3. Facteurs conjugaux et sociaux ;
 4. Critères diagnostiques de dépression selon le DSM-5
 - Nous nous assurons de la compréhension de chaque question avant de passer à la suivante.
 - De légères pauses d'environ une minute pouvaient être observées entre les différentes sections pour limiter la fatigue et maintenir l'attention des participantes.
 - L'outil de diagnostic utilisé dans cette étude est un questionnaire élaboré à partir d'une adaptation des critères diagnostiques du DSM-5 relatifs aux épisodes dépressifs. Il a pour période référence les 14 derniers jours de la participante.

Il comporte 11 items, chacun évalue sur une échelle à quatre modalités de réponse, graduées en point selon la fréquence des symptômes (jamais= 0pt ; quelques jours= 0pt ; plus de la moitié des jours= 1pt ; presque tous les jours= 1pt), permettant l'obtention d'un score total compris entre 0 et 11.
- Le diagnostic de DPP repose sur la présence simultanée de deux critères :
 - Un score = 1pt a au moins 5 items sur les 11 du questionnaire (la présence d'au moins 5 symptômes dépressifs)
 - Un score = 1pt à l'un des deux premiers items du questionnaire (la présence d'au moins un des deux symptômes cardinaux, à savoir l'humeur dépressive et/ou l'anhédonie représenté par les 02 premiers items du questionnaire).

- La classification de la sévérité de la DPP sera effectuée sur la base du score total, selon les seuils suivants :
 - Léger : 3 – 4 /11
 - Moyen : 5 /11
 - Moyennement grave : 7-8 /11
 - Grave : >8/11

III.7. VARIABLES

Notre étude comportait des variables dépendantes et indépendantes.

III.7.1. Variable dépendante

Dépression post-partum (oui / non), selon le DSM-5.

III.7.2. Variables indépendantes

➤ **Données sociodémographiques :**

Âge, statut matrimonial, niveau d'éducation, activité génératrice de revenu, niveau socio-économique et nombre d'enfants à charge

➤ **Données cliniques :**

Parité, gestité, nombre de CPN, suivi CPN, complications de grossesse, types de complications de grossesse, Voie et expérience d'accouchement, complication du post-partum, ressentis durant l'accouchement, maladies chroniques connues, suivi médical, troubles psychiatriques antérieur à la grossesse, traitement ou suivi psychologique antérieur, Consommation de substances psychoactives, Durée de consommation

➤ **Données psycho-sociales :**

Désir grossesse, planification de grossesse, éducation sanitaire périnatale, vécu émotionnel durant la grossesse, accompagnement durant la grossesse, soutien global perçus durant la grossesse, événements difficiles de la grossesse, qualité de la relation conjugale, participation du conjoint aux soins du bébé, manque de soutien par le conjoint, violences conjugales, accompagnement en post-partum, ressenti du soutien global et sentiment isolement depuis la naissance.

III.8. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons monté un masque de saisis dans lequel nous avons insérer les données recueillies, puis analysées à l'aide logiciel SPSS version 26.0 (IBM Corp, 2019).

Le traitement de texte, mise en forme, les résultats illustrés au moyen de figures et tableaux tous conçus avec Microsoft Word 2013 et Excel 2013.

Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences et pourcentages, tandis que les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne $\pm$ écart-type ou la médiane selon leur distribution. La prévalence de la DPP a été calculée à partir du DSM-5 avec un intervalle de confiance à 95 %. Les associations entre la DPP et les facteurs étudiés ont explorées en analyse bivariée et multivariée à l'aide du χ^2 et du test exact de Fisher. Les variables ayant $p \leq 0,05$ en analyse bivariée ont été introduites dans un modèle de régression logistique multivariée pour l'identification des facteurs associés indépendants, et les résultats ont été exprimés sous forme d'Odds Ratio (bruts et ajustés) avec intervalle de confiance à 95 %. Nous avons utilisé un intervalle de confiance à 95 % et une marge d'erreur α de 5 %, et les différences ont été jugées statistiquement significatives pour $p \leq 0,05$.

III.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET ADMINISTRATIVES

L'étude a été conduite conformément aux principes éthiques d'Helsinki (2013) et aux recommandations du Comité national d'éthique de la recherche du Cameroun (CNEC). Une clairance institutionnelle du Comité d'Éthique et de la Recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I a été obtenue (Annexe 1) ; Une autorisation administrative a été demandée à HGOPY (Annexe 2) ;

Notre travail a respecté les principes fondamentaux sur la recherche impliquant des personnes à savoir :

- Le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche ;
- Le principe de l'innocuité de la recherche ;
- La confidentialité, les données étaient anonymisées et utilisées exclusivement à des fins scientifiques ;
- La justice, c'est-à-dire le sujet est libre de participer ou non à l'étude et ne saurait subir un quelconque préjudice en cas de refus ;
- En cas de réponse positive à l'Item 10 de la partie diagnostique du questionnaire (Annexe 4), la participante était orientée vers un psychologue clinicien ou un psychiatre pour une prise en charge adaptée.

CHAPITRE IV : RESULTATS

IV.1. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES A L'ETUDE

Le recrutement a été réalisé à HGOPY, auprès des patientes en post-partum tardif selon notre définition opérationnelle.

Au terme de notre collecte, 228 participantes ont été retenues et 13 participantes exclues parmi lesquelles 8 questionnaires incomplets et 5 désistements. Ainsi nous avons un taux de participation de 94,6 %. La figure 1 suivante explore le flux de recrutement de la population étudiée.

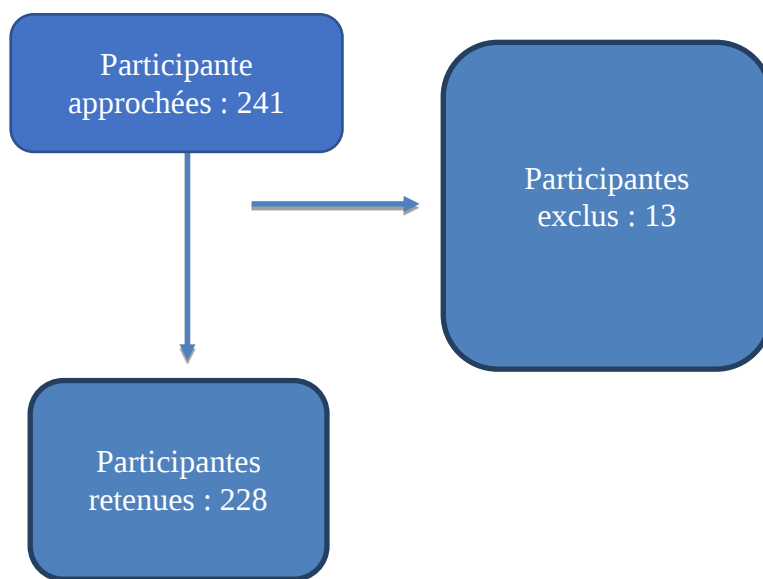


Figure 1 : flux de recrutement de la population

IV.2. DESCRIPTION DES PROFILS DE LA POPULATION D'ETUDE

IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

1. Age et statut matrimonial

Dans notre étude, les femmes de plus de 25 ans représentaient près des deux tiers de l'échantillon (65,4%), avec une moyenne d'âge de $30,4 \pm 5,8$ ans. Par ailleurs, 41,3% des participantes étaient soit divorcées / séparées, soit célibataires (Tableau V).

Tableau V : répartition des participantes en fonction de l'âge et du statut matrimonial

Variables	Effectifs	Fréquences (%)
	N=228	
Âge (années)		
Moyenne ± ET	30,4 ± 5.8	
Médiane [Q1 - Q3]	30,0 [26,0 – 33,0]	
Min - Max	19,0 – 50,0	
Tranches d'âge		
[15–19 ans]	2	1,0
]20–24 ans]	31	13,5
]25–29 ans]	64	27,9
]30–34 ans]	85	37,5
Statut matrimonial		
Mariée / Concubinage	134	58 ,7
Divorcée / Séparée	72	31,7
Célibataire	22	9,6
Veuve	0	0,0

Variables	Effectifs	Fréquences (%)
	N=228	

2. Revenus, perception du niveau socio-économique et Nombre d'enfant à charge

Quatre-vingt-neuf virgule trois pourcents des participantes avaient une activité génératrice de revenue. Au total, 86,5% des femmes percevaient leur niveau socio-économique comme insuffisant ou moyen. Elles avaient un nombre d'enfant à charge moyen de $3,5 \pm 8.9$ enfants (Tableau VI).

Tableau VI : répartition des participantes en fonction des revenus, du niveau socio-économique et du nombre d'enfant à charge

Variables	Effectifs	
	N=228	Fréquences (%)
Activité génératrice de revenue		
Oui	204	89,3
Non	24	10,7
Perception du niveau socio-économique		
Insuffisant	37	16,3
Moyen	160	70,2
Suffisant	31	13,5
Nombre d'enfants à charge		
Moyenne ± ET	3,5 ± 8,9	
Médiane [Q1 - Q3]	2,0 [1,0 – 4,0]	
Min - Max	1,0 – 9,0	

3. Niveau d'éducation

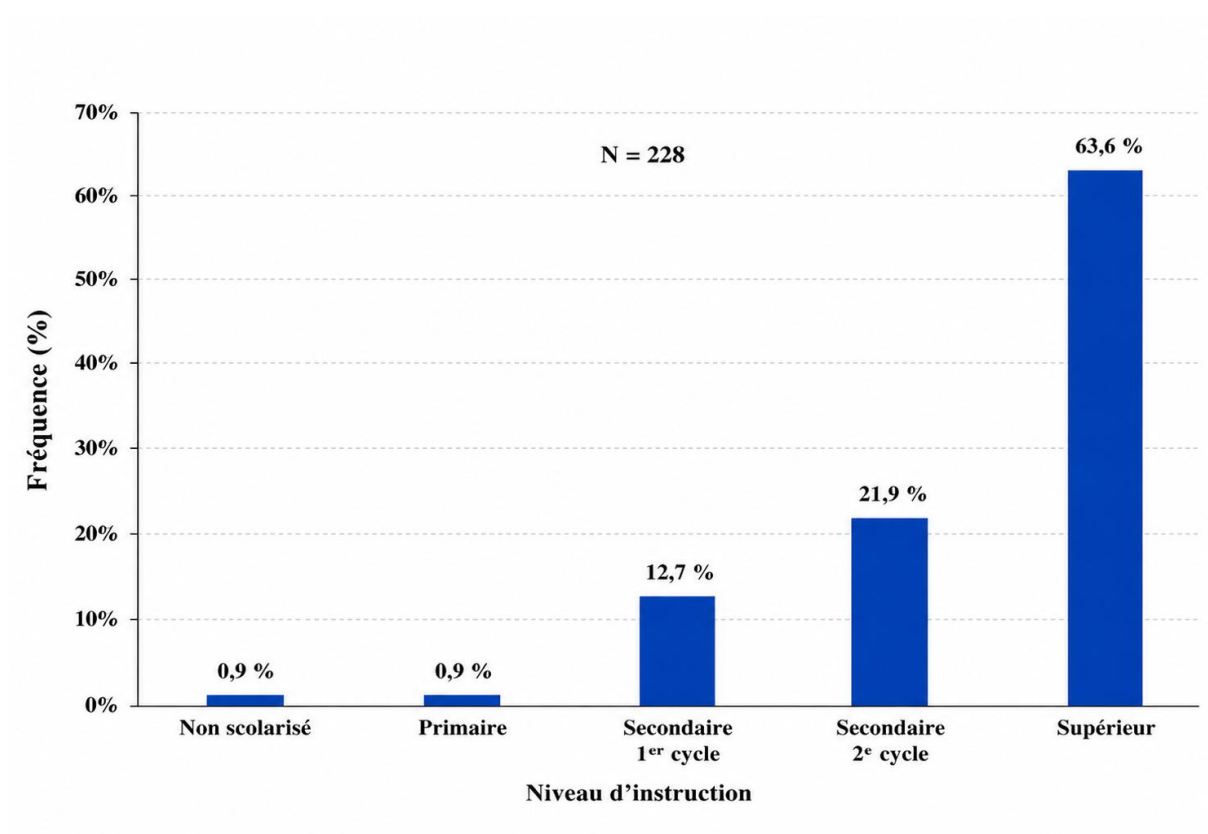


Figure 2 : répartition des participantes selon le niveau d'instruction

Un tiers des participantes de l'étude avaient un niveau d'étude secondaire, tandis que 2% étaient d'un niveau primaire ou non scolarisées (Figure 2).

IV.2.2. Caractéristiques cliniques

➤ Gestité, parité et suivi prénatal

Les deux tiers des participantes de notre étude avaient entre deux et quatre grossesses. Par ailleurs, la majorité d'entre elles étaient des multiples (61,6%). Les participantes présentant un nombre de consultation prénatale (CPN) < 8 représentaient 37,3%, parmi lesquels 20,6% entre 5-7 CPN et 19,7% ≤ 4CPN. Près d'un tiers des participantes étaient suivies durant leur grossesse par une sage-femme/infirmier. Concernant les bilans réalisés par les participantes, 32,7% n'avaient pas effectué d'examen morphologique, 20,2% n'avaient pas effectué d'examen biologique et 10,6% aucun examen (Tableau VII).

Tableau VII : répartition des participantes en fonction de la gestité, de la parité et du suivi prénatal

Variables	Effectifs N=228	Fréquences (%)
Gestité		
1	56	23,2
2 - 4	157	65,2
>4	28	11,6
Parité		
0	2	1,0
1	92	31,7
2 - 4	141	61,6
>4	13	5,7

Nombre de CPN		
≤4	45	19,7
5 - 7 CPN	47	20,6
≥ 8 CPN	136	62,7
Prestataire assurant le suivi		
Obstétricien	138	60,5
Médecin généraliste	20	8,7
Sage-femme	70	30,8
Examens morphologiques		
Oui	154	67,3
Non	75	32,7
Examens biologiques		
Oui	182	79,8
Non	46	20,2
Aucun examen		
Oui	24	10,6
Non	204	89,4

➤ **Complications de grossesse**

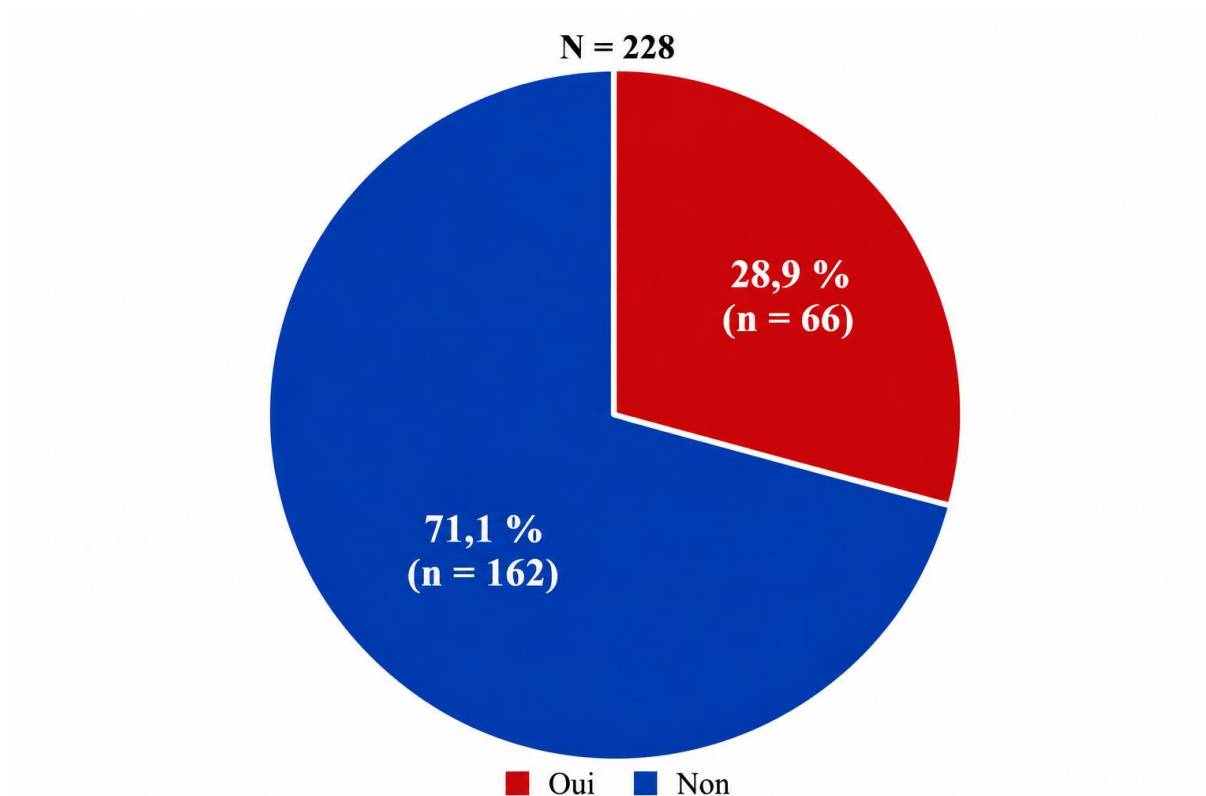


Figure 3 : distribution des participantes en fonction des complications de la grossesse

Des complications au cours de la grossesse étaient retrouvées chez plus d'un quart des participantes. (Figure 3).

➤ **Types de complications de grossesse**

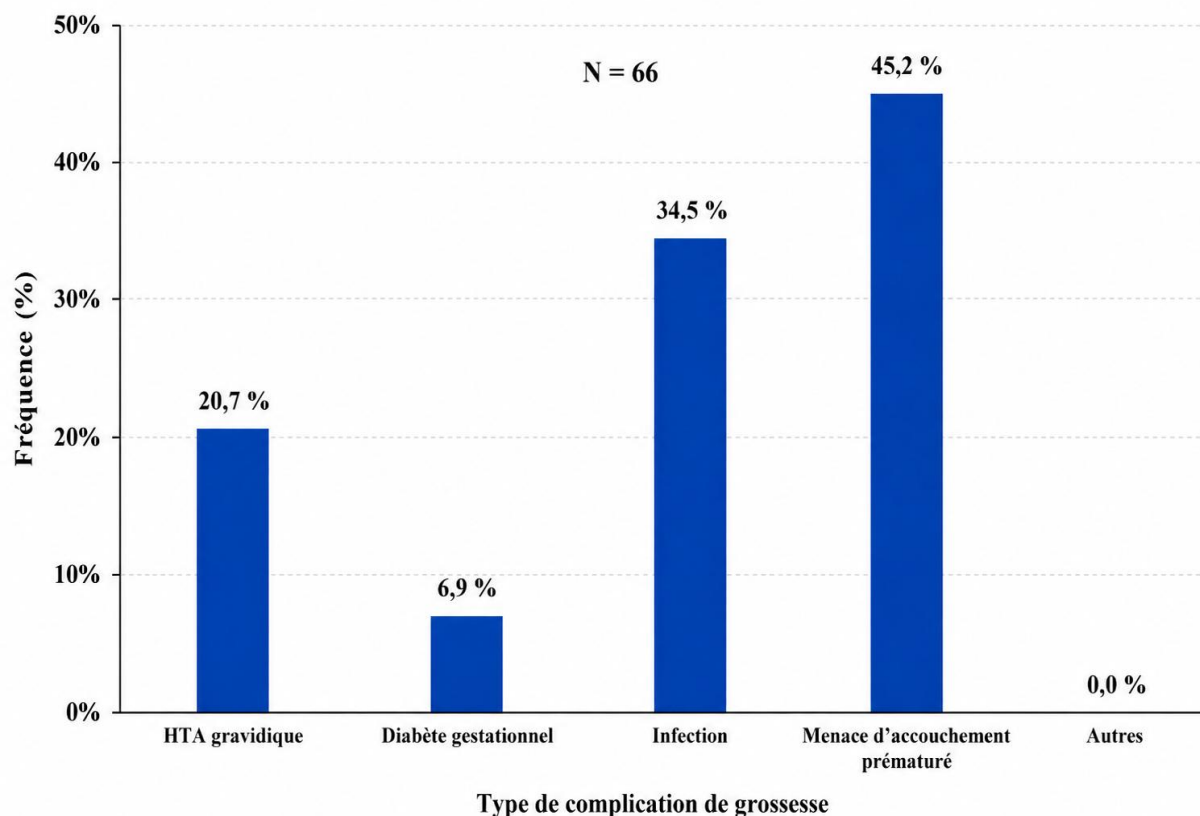


Figure 4 : distribution participantes en fonction du type de complication de la grossesse

Parmi les complications retrouvées au cours la grossesse, près des quatre cinquièmes étaient constituées des menaces d'accouchement (45,2%), ainsi que les infections de grossesse (34,5%) (Figure 4).

➤ **Voie et expérience d'accouchement, complication du post-partum**

Près d'un tiers des participantes avaient accouché par césarienne. 23,1% des participantes rapportaient une expérience négative de l'accouchement. Des complications du post-partum étaient consignées par 19,2% des participantes (Tableau VIII).

Tableau VIII : répartition des participantes en fonction de la voie d'accouchement, de l'expérience de l'accouchement, et des complications du post-partum

Variables	Effectifs N=228	Fréquences (%)
Mode d'accouchement		
Voie basse	149	65,4
Césarienne	79	34,6
Expérience de l'accouchement		
Positive	83	36,5
Moyenne positive	92	40,4
Négative	53	23,1
Complications post-partum		
Oui	44	19,2
Non	184	80,8

➤ **Ressentis des participantes durant l'accouchement**

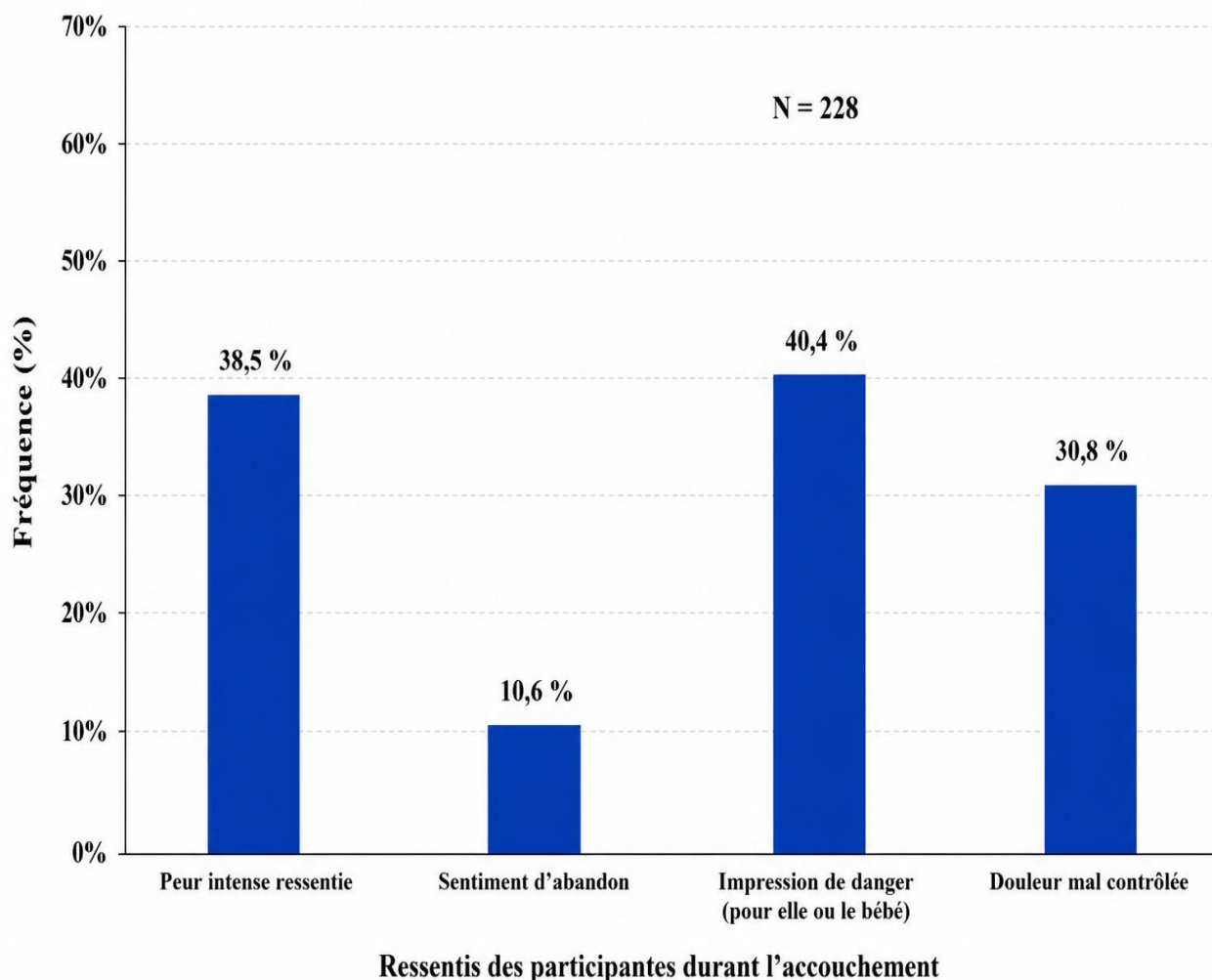


Figure 5 : représentation des différents ressentis des participantes durant l'accouchement

Les expériences rapportées au cours de l'accouchement comprenaient majoritairement, une impression de danger pour la mère ou le bébé chez 40,4% des participantes, une peur intense durant l'accouchement chez 38,5% des participantes, et une douleur mal contrôlée chez 30,8% des participantes (Figure 5).

➤ **Antécédents médicaux somatiques**

Dans notre population d'étude, des maladies chroniques connues étaient retrouvées chez 7,7 % des participantes. Parmi celles-ci, l'hypertension artérielle représentait l'antécédent le plus fréquent avec près de la moitié de celles-ci. Par ailleurs, 11,7% des participantes présentant une pathologie chronique rapportaient ne bénéficier d'aucun suivi médical régulier (Tableau IX).

Tableau IX : répartition des participantes en fonction des pathologies chroniques connues et de leur suivi

Variables	Effectifs N=228	Fréquences (%)
Maladies chroniques connues		
Oui	17	7,7
Non	211	92,3
Hypertension artérielle		
Oui	9	3,9
Non	219	96,1
Diabète		
Non	228	100,0
Asthme		
Oui	2	0,9
Non	226	99,1
Drépanocytose		
Oui	2	0,9
Non	226	99,1
VIH		
Oui	2	0,9
Non	226	99,1
Épilepsie		
Non	228	100,0
Autres pathologies		
Oui	2	0,9
Non	226	99,1
Suivi médical régulier de ces pathologies (n=17)		
Oui	15	88,3
Non	2	11,7

➤ Antécédents psychiatriques

Des antécédents de troubles psychiatriques avant la grossesse étaient retrouvés chez seulement 5,7 % des participantes. Parmi ces troubles, nous avons en grande partie des dépressions guéries chez un plus des deux tiers de celles-ci. Chacune d'elle ayant reçue un traitement ou un suivi psychologique antérieur. La consommation de substances psychoactives était rapportée par 30,7% des participantes. Les deux tiers d'entre elles rapportaient une durée de consommation des substances d'au moins un an (Tableau X).

Tableau X : répartition des participantes en fonction des antécédents de trouble psychiatrique

Variables	Effectifs N=228	Fréquences (%)
Troubles psychiatriques avant la grossesse		
Oui	13	5,7
Non	215	94,3
Dépression guérie (n=13)		
Oui	9	69,2
Anxiété (n=13)		
Oui	4	30,8
Traitement ou suivi psychologique antérieur (n=13)		
Oui	13	100,0
Consommation de substances psychoactives		
Oui	70	30,7
Durée de consommation (années), (n=70)		
< 1 an	26	37,2
1–4 ans	24	34,3
≥ 5 ans	20	28,5

IV.2.3. Caractéristiques Psychosociales

➤ Désir et planification de grossesse, éducation sanitaire périnatale

Chez nos participantes, 16,3% rapportaient une grossesse non désirée. Par ailleurs, 39,4% déclaraient une grossesse non planifiée. L'éducation sanitaire périnatale était jugée peu satisfaisante chez 21,2% des participantes et pas satisfaisant chez 1,9% (Tableau XI).

Tableau XI : répartition des participantes en fonction du désir et de la planification de grossesse

Variables	Effectifs N=228	Fréquences (%)
Grossesse désirée		
Oui	191	83,7
Non	37	16,3
Grossesse planifiée		
Oui	138	60,6
Non	90	39,4
Éducation par le personnel de santé		
Très satisfaisante	92	40,4
Assez satisfaisante	83	36,5
Peu satisfaisante	48	21,2
Pas satisfaisante	4	1,0

➤ **Vécu émotionnel, accompagnement et soutien global perçus durant la grossesse**

Concernant le ressenti émotionnel durant la grossesse, La moitié des participantes le jugeaient moyennement bon ou difficile. Au total, 19,2% des participantes rapportaient n'avoir pas bénéficié d'un accompagnement au cours de leur grossesse. Les participantes rapportaient un manque de soutien respectivement de la part du conjoint chez près d'un tiers des participantes, par la famille chez 28,8% des participantes, par les amis chez plus de la moitié des participantes. Tandis que 4,8% rapportaient n'avoir aucun soutien (Tableau XII).

Tableau XII : répartition des participantes en fonction du vécu émotionnel, de l'accompagnement et du soutien global perçus durant la grossesse

Variables	Effectifs N=228	Fréquences (%)
Ressenti émotionnel pendant la grossesse		
Bon	114	50,0
Moyennement bon	79	34,6
Difficile	35	15,4
Accompagnement reçu pendant la grossesse		
Oui	184	80,8
Non	44	19,2
Soutien par conjoint		
Oui	154	67,3
Non	75	32,7
Soutien par famille		
Oui	162	71,2
Non	66	28,8
Soutien par amis		
Oui	94	41,3
Non	134	58,7
Aucun soutien		
Oui	11	4,8

Non	217	95,2
-----	-----	------

➤ **Évènements difficiles de la grossesse**

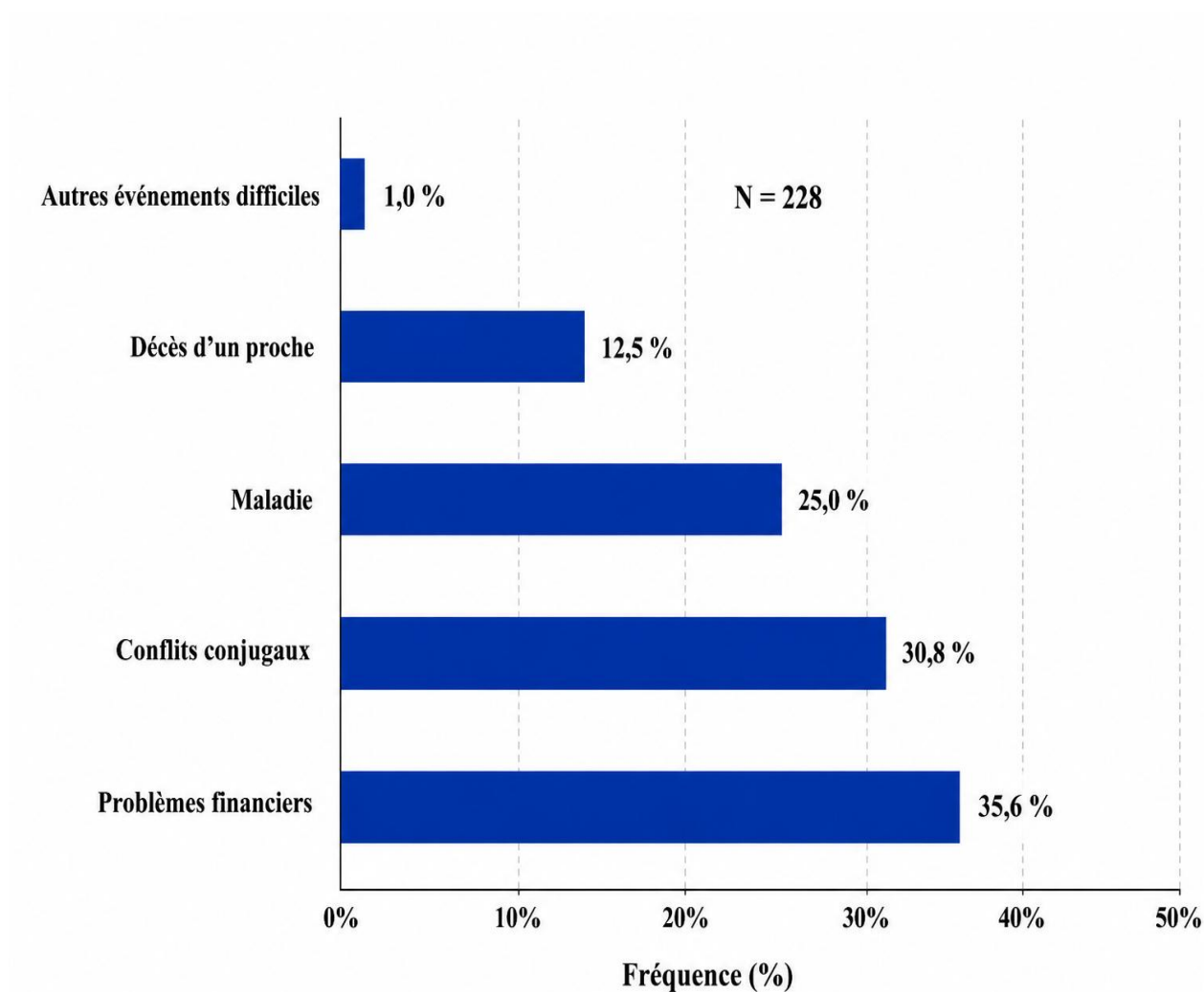


Figure 6 : représentation des participantes en fonctions des différents évènements difficiles durant la grossesse

Parmi les événements difficiles vécu par les participantes durant la grossesse, près des deux tiers étaient constituées respectivement des problèmes financiers (35,6 %) et des conflits conjugaux (30,8 %) (Figure 6).

➤ Relation et soutien conjugal

Concernant la qualité de la relation conjugale, celle-ci était jugée conflictuelle par 13,5% des participantes. Une proportion de 11,4% des participantes déclaraient une participation non satisfaisante du conjoint aux soins du bébé. En outre, 27,9% des participantes rapportaient un manque de soutien du conjoint, et Des violences conjugales étaient rapportées par 1,9 % des participantes, tandis que 10,6 % ont préféré ne pas répondre à la question (Tableau XIII).

Tableau XIII : répartition des participantes en fonction de la relation et soutien conjugal

Variables	Effectifs	
	N=228	Fréquences (%)
Qualité de la relation conjugale		
Harmonieuse	116	51,0
Moyenne	81	35,6
Conflictuelle	31	13,5
Participation du conjoint aux soins du bébé		
Satisfaisant	202	88,6
Pas satisfaisant	26	11,4
Manque de soutien par le conjoint		
Oui	64	27,9
Non	164	72,1
Violences conjugales		
Oui	4	1,9
Non	200	87,5
Préfère ne pas répondre	24	10,6

➤ **Accompagnement en post-partum**

Un manque de soutien de la famille et du personnel soignant était consigné par un quart des participantes. En outre, près de trois quarts des participantes rapportaient un manque d'aide pour les tâches domestiques. Ce manque d'aide était principalement retrouvé chez le conjoint par un peu plus des deux tiers de celle-ci (Tableau XIV).

Tableau XIV : répartition des participantes en fonction du soutien et l'accompagnement global

Variables	Effectifs	
	N=228	Fréquences (%)
Manque de soutien par famille		
Oui	31	13,5
Non	197	86,5
Manque de soutien par personnel soignant		
Oui	28	12,5
Non	200	87,5
Aide pour les tâches domestiques		
Oui	166	72,8
Non	62	27,2
Aide domestique par époux, n=166		
Oui	50	30,3
Non	116	69,7
Aide domestique par famille, n=166		
Oui	105	63,2
Non	61	36,8
Aide domestique par ami(e),		

Variables	Effectifs	
	N=228	Fréquences (%)
n=166		
Oui	9	5,3
Non	158	94,7

➤ Ressenti du soutien global et sentiment isolement depuis la naissance

Concernant le niveau de soutien global, celui-ci était jugé faible par 5,8 % des participantes. Par ailleurs, 21,2% des participantes déclaraient n'avoir aucune personne à qui parler lorsqu'elles se sentaient tristes. Un sentiment d'isolement depuis la naissance était rapporté par un quart des participantes (Tableau XV).

Tableau XV : répartition des participantes en fonction de la présence ressenti du soutien global et du sentiment d'isolement depuis la naissance

Variables	Effectifs	
	N=228	Fréquences (%)
Niveau de soutien global		
Faible (0–4)	13	5,8
Moyen (5–7)	96	42,3
Élevé (8–10)	118	51,9
Quelqu'un à qui parler quand triste		
Oui	180	78,8
Non	48	21,2
Sentiment d'isolement depuis la naissance		
Oui	57	25,0
Non	171	75,0

IV.3. Fréquence et sévérité de la DPP

➤ Fréquence de la DPP

Parmi les 228 participantes incluses dans notre étude, 33 participantes présentaient une dépression du post-partum, soit une fréquence de 14,4 % de DPP (IC95 % : 8,9–22,4) (Tableau XVI).

Tableau XVI : fréquence de la DPP chez les femmes en post-partum à HGOPY

DPP	Effectifs N=228	Fréquence (%) (IC à 95 %)
Oui	33	14,4 [8,9 - 22,4]
Non	195	85,5 [77,6 - 91,1]

➤ **Classification de la sévérité de la DPP**

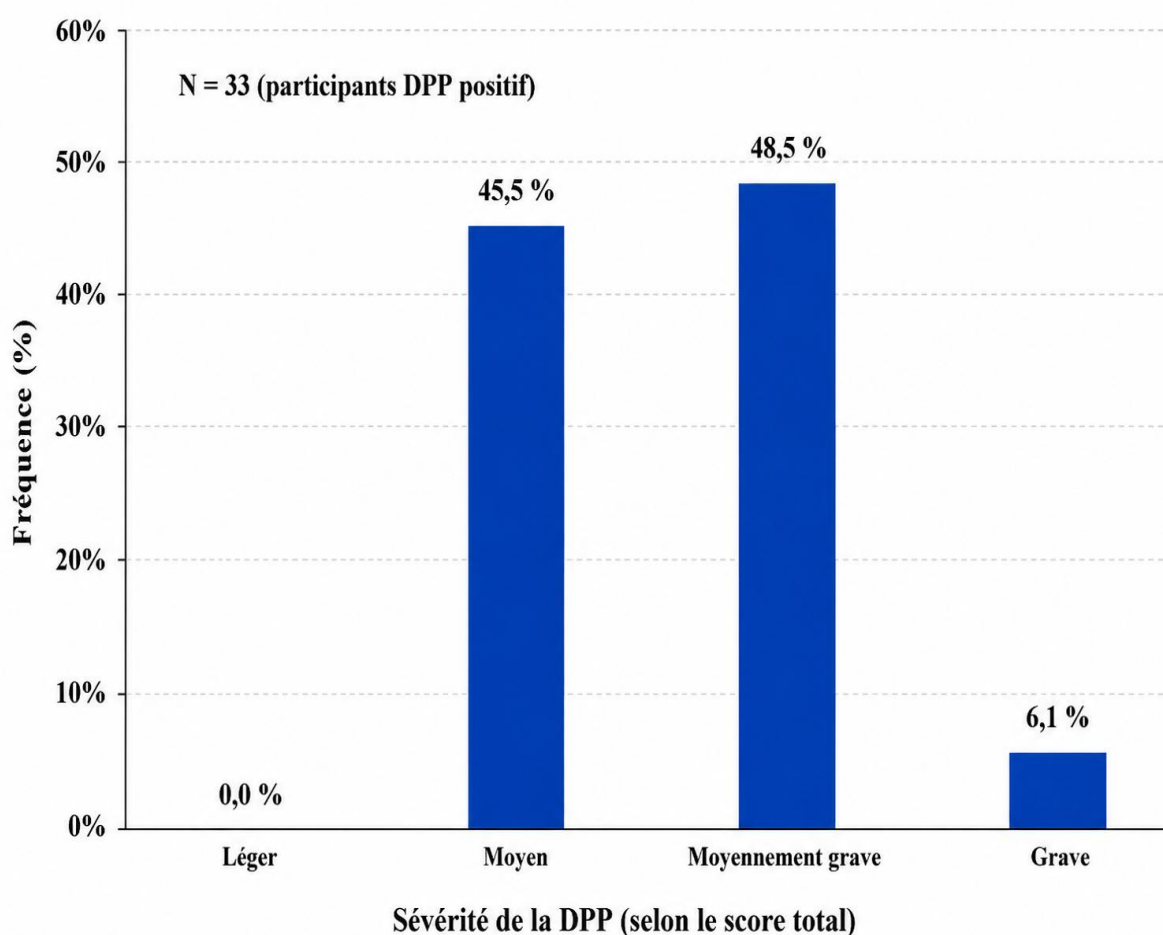


Figure 7 : répartition des participantes dépistée selon la sévérité de la DPP

Parmi les participantes présentant une DPP, les formes moyennes et moyennement graves représentaient à elles seules plus des 9/10 des cas, tandis qu'aucune ne présentait de forme légère (Figure 7).

IV.6. Facteurs associés à la survenue de la DPP

IV.6.1. Facteurs sociodémographiques

➤ Age et statut matrimonial

Dans notre étude, les femmes célibataires présentaient une probabilité 45 fois plus élevé de faire une DPP (OR = 45,1 ; IC95 % : 8,57–326 ; $p < 0,001$). Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre l'âge et la survenue de la DPP (Tableau XVII).

Tableau XVII : association entre l'âge, le statut matrimonial et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Tranches d'âge					
≥35 ans	2 (4,8%)	44 (95,2%)	1		
30–34 ans	11 (12,8%)	75 (87,2%)	2,94	0,43- 58,5	0,340
25–29 ans	13 (20,7%)	50 (79,3%)	5,22	0,80- 103	0,141
20–24 ans	4 (14,3%)	26 (85,7%)	3,33	0,29- 76,4	0,346
15–19 ans	2 (100,0%)	0 (0,0%)	115-156. 257	0,00- NA	0,990
Statut matrimonial					
Mariée / concubinage	7 (4,9%)	127 (95,1%)	1		

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Divorcée / Séparée	11 (15,2%)	61 (84,8%)	3,45	0,79- 17,8	0,106
Célibataire	15 (70,0%)	7 (30,0%)	45,1	8,57- 116,6	<0,001

➤ **Niveau d'éducation, activité génératrice de revenu et niveau socio-économique**

En ce qui concerne le niveau d'instruction, la présence d'activité génératrice de revenue et la perception du niveau socio-économique, aucune ne présentaient d'association statistiquement significative avec la DPP (P-value > 0,05) (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : association entre niveau d'éducation, activités génératrices de revenu, niveau socio-économique et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Niveau d'éducation					
Supérieur	18 (12,1%)	127 (87,9%)	1		
Secondaire 2e cycle	9 (17,4%)	42 (82,6%)	1,53	0,37- 5,44	0,526
Secondaire 1er cycle	4 (15,4%)	24 (84,6%)	1,32	0,18- 6,19	0,747
Primaire	2 (100,0%)	0 (0,0%)	113-472.366	0,00- NA	0,994

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Non scolaire	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0,00		0,995
Activité génératrice de revenu					
Oui	12(7,6)	145(92,4)	1		
Non	6(9,4)	58(90,6)	1,25	0,47- 9,28	0,79
Niveau socio-économique					
Suffisant	2 (7,1%)	29 (92,9%)	1		
Moyen	22 (13,7%)	138 (86,3%)	2,06	0,35- 39,5	0,507
Insuffisant	9 (23,5%)	29 (76,5%)	4,00	0,51- 84,0	0,242

VI.6.2. Facteurs cliniques

➤ Gestité et complication de grossesse

Les participantes ayant présenté une complication gravidique avaient environ 5 fois plus de probabilité de développer une DPP (OR = 4,86 ; IC95 % : 1,57–16,0 ; p = 0,007). Cependant, aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre les différents types de complications gravidiques étudiées, la gestité et la DPP (p-value > 0,05) (Tableau XIX).

Tableau XIX : association entre gestité, complications durant la grossesse et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P- value
Gestité					
1	9 (14,8%)	50 (85,2%)	1		
2	18 (38,1%)	29 (61,9%)	3,54	0,93- 15,5	0,073
3–4	4 (4,9%)	85 (95,1%)	0,29	0,04- 1,63	0,177
≥5	2 (6,7%)	31 (93,3%)	0,41	0,02- 3,14	0,446
Complications pendant la grossesse					
Non	13 (8,1%)	149 (91,9%)	1		
Oui	20 (30,0%)	46 (70,0%)	4,86	1,57- 16,0	0,007
HTA gravidique					
Oui	2 (16,7%)	11 (83,3%)	1		
Non	18 (34,8%)	33 (65,2%)	2,67	0,35- 55,8	0,406
Diabète gestationnel					
Oui	0 (0,0%)	4 (100,0%)	1		
Non	20 (33,3%)	39 (66,7%)	21.272-406	0,00- NA	0,995
Infection					
Oui	9 (40,0%)	13 (60,0%)	1		
Non	11 (26,3%)	31 (73,7%)	0,54	0,10- 2,82	0,452
Menace d'accouchement prématuré					
Oui	9 (28,6%)	22 (71,4%)	1		
Non	11 (29,4%)	26 (70,6%)	1,04	0,22- 5,23	0,959

➤ Vécu d'accouchement et complication du post-partum

Les participantes ayant décrit une expérience négative de leur accouchement avaient environ 9 fois plus de probabilité de développer une DPP (OR = 9,00 ; IC95 % : 1,99–64,3 ; p = 0,009). En outre, Les participantes ayant ressenti une impression de danger pour elles-mêmes ou pour leur bébé présentaient une probabilité 3,56 fois plus élevé de développer une DPP (OR = 3,56

; IC95 % : 1,16–12,3 ; p = 0,031). Les complications du post-partum n'avaient pas d'association statistiquement significative avec la DPP (p = 0,143) (Tableau XX).

Tableau XX : association entre le vécu de l'accouchement, les complications du post-partum et la DPP

	DPP				
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P- value
Expérience globale de l'accouchement					
Positive	4 (5,3%)	79 (94,7%)	1		
Moyenne positive	11 (11,9%)	81 (88,1%)	2,43	0,49- 17,8	0,306
Négative	18 (33,3%)	35 (66,7%)	9,00	1,99- 64,3	0,009
Impression de danger durant l'accouchement					
Non	11 (8,1%)	125 (91,9%)	1		
Oui	22 (23,8%)	70 (76,2%)	3,56	1,16- 12,3	0,031
Complications post-partum					
Oui	11 (25,0%)	33 (75,0%)	1		
Non	22 (11,9%)	162 (88,1%)	0,41	0,12- 1,45	0,143

VI.6.3. Facteurs psychosociaux

➤ Désir de grossesse, ressenti et accompagnement durant la grossesse

Concernant le ressenti émotionnel durant la grossesse, les participantes ayant décrit un vécu difficile pendant la grossesse présentaient près de 10 fois plus de probabilité de développer

une DPP (OR = 9,80 ; IC95 % : 2,21–53,1 ; p = 0,004). Par ailleurs, les femmes n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement pendant leur grossesse avaient une probabilité 3,57 fois plus élevée de faire une DPP (OR = 3,57 ; IC95 % : 1,06–11,6 ; p = 0,034). La gestité n'avait pas d'association statistiquement significative avec la DPP (Tableau XXI).

Tableau XXI : association entre le désir de grossesse, le ressenti et l'accompagnement durant la grossesse et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Grossesse désirée					
Désirée	22 (11,5%)	169 (88,5%)	1		
Non désirée	11 (29,4%)	26 (70,6%)	3,21	0,88- 10,8	0,064
Ressenti émotionnel pendant la grossesse					
Bien	7 (5,8%)	107 (94,2%)	1		
Moyennement bien	13 (16,7%)	66 (83,3%)	3,27	0,80- 16,4	0,112
Difficile	13 (37,5%)	22 (62,5%)	9,80	2,21- 53,1	0,004
Accompagnement reçu pendant la grossesse					
Oui	20 (10,7%)	164 (89,3%)	1		
Non	13 (30,0%)	31 (70,0%)	3,57	1,06- 11,6	0,034

➤ Éducation sanitaire périnatale et problèmes financiers au cours de la grossesse

Concernant l'éducation sanitaire périnatale reçue, les participantes jugeant les enseignements reçus peu satisfaisants présentaient une probabilité plus élevée de 5,43 fois de faire une DPP

(OR = 5,43 ; IC95 % : 1,47–23,1 ; p = 0,014). Cependant, les problèmes financiers n'avaient pas d'association statistiquement significative avec la survenue de la DPP (p-value > 0,05) (Tableau XXII).

Tableau XXII : association entre l'éducation sanitaire périnatale, les problèmes financiers au cours de la grossesse et la DPP

	DPP				
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Éducation sanitaire périnatale					
Très satisfaisante	9 (9,5%)	83 (90,5%)	1		
Assez satisfaisante	7 (7,9%)	77 (92,1%)	0,81	0,15- 3,94	0,797
Peu satisfaisante	18 (36,4%)	31 (63,6%)	5,43	1,47- 23,1	0,014
Pas satisfaisante	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0,00		0,993
Problèmes financiers					
Oui	18 (21,6%)	64 (78,4%)	1		
Non	15 (10,4%)	131 (89,6%)	0,42	0,14- 1,29	0,128

➤ Qualité de la relation conjugale et violence physique

Concernant la qualité de la relation conjugale, les participantes décrivant une relation conflictuelle présentaient une probabilité 7,20 fois plus élevée de faire une DPP (OR = 7,20 ;

IC95 % : 1,79–31,0 ; p = 0,006). Les violences conjugales, quant à elles, ne présentaient pas d'association statistiquement significative avec la DPP (p = 0,238) (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : association entre la qualité de la relation conjugale, la violence physique et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P-value
Qualité de la relation conjugale					
Harmonieuse	11 (9,4%)	105 (90,6%)	1		
Moyenne	9 (10,8%)	72 (89,2%)	1,16	0,27- 4,72	0,830
Conflictuelle	13 (42,9%)	18 (57,1%)	7,20	1,79- 31,0	0,006
Violences conjugales subies					
Oui	2 (50,0%)	2 (50,0%)	1		
Non	31 (15,4%)	169 (84,6%)	0,18	0,01- 4,78	0,238
Préfère ne pas répondre	0 (0,0%)	24 (100,0%)	0,00		0,992

➤ Participation et soutien du conjoint

Dans notre étude, les participantes dont la participation du conjoint était jugée non satisfaisante aux soins du bébé avaient environ 8 fois plus de chance de présenter une DPP (OR = 7,88 ; IC95 % : 2,04–31,6 ; p = 0,003). Par ailleurs, le manque de soutien du conjoint était fortement associé à la DPP. Les participantes rapportant un manque de soutien conjugal avaient environ 11 fois plus de probabilité de faire une DPP (OR = 10,83 ; IC95 % : 3,30–43,0 ; p < 0,001) (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : association entre la Participation et le soutien du conjoint et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P- value
Participation du conjoint aux soins du bébé					
Satisfaisante	20 (8,05%)	182(91,95%)	1		
Non satisfaisante	13 (50,0%)	13 (50,0%)	7,88	2,04- 31,6	0,003
Manque de soutien par conjoint					
Non	9 (5,3%)	156 (94,7%)	1		
Oui	24 (37,9%)	39 (62,1%)	10,8	3,30- 43,0	<0,001

➤ **Ressenti du soutien global et sentiment d'isolement depuis la naissance**

Un niveau de soutien faible et moyen, avaient respectivement une probabilité plus élevée de 26 fois et 7,65 fois de faire une DPP (OR = 26,0 ; IC95 % : 3,24–274 ; p = 0,003 ; OR = 7,65 ; IC95 % : 1,87–51,8 ; p = 0,012). En outre, Les participantes rapportant un isolement social après la naissance du bébé avaient environ 9 fois plus de probabilité de développer une DPP (OR = 9,12 ; IC95 % : 2,85–32,9 ; p < 0,001). La présence d'une personne à qui parler en cas de tristesse ainsi que le manque de soutien par la famille n'avaient pas d'association statistiquement significative avec la DPP (Tableau XXV).

Tableau XXV : association entre le soutien global, le sentiment d'isolement depuis la naissance et la DPP

DPP					
Variables	Oui N = 33	Non N = 195	OR	95% CI	P- value
Quelqu'un à qui parler quand triste					
Oui	26 (14,6%)	153 (85,4%)	1		
Non	7 (13,6%)	42 (86,4%)	0,92	0,20- 3,27	0,906
Niveau de soutien global perçu					
Élevé (8–10)	4 (3,7%)	114 (96,3%)	1		
Moyen (5–7)	22 (22,7%)	75 (77,3%)	7,65	1,87- 51,8	0,012
Faible (0–4)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	26,0	3,24- 27,4	0,003
Sentiment d'isolement depuis la naissance					
Non	11 (6,4%)	160 (93,6%)	1		
Oui	22 (38,5%)	35 (61,5%)	9,12	2,85- 32,9	<0,001

VI.6.4. Facteurs associés à la dépression du post-partum après régression logistique

Ainsi, la situation de célibat était indépendamment associée à la DPP, avec une probabilité 40 fois plus élevée de développer une DPP (OR ajusté = 40,6 ; $p < 0,001$). Le manque de soutien du conjoint était également indépendamment associé à la DPP, avec une probabilité 17,5 fois plus élevée de DPP (OR ajusté = 17,5 ; $p = 0,042$). Les complications gravidiques restaient associées à la DPP, avec une probabilité 44,5 fois plus élevée de développer une DPP (OR ajusté = 44,5 ; $p = 0,003$). Une expérience négative de l'accouchement demeurait également un facteur significativement associé à la DPP après ajustement, avec une probabilité 8,63 fois plus élevée de développer une DPP (OR ajusté = 8,63 ; $p = 0,048$). Par ailleurs, les participantes ayant jugé insatisfaisant l'éducation sanitaire périnatale reçue présentaient une probabilité 15 fois plus élevée de DPP (OR ajusté=14,8 ; $p = 0,012$). En revanche, le sentiment d'isolement depuis la naissance n'était plus statistiquement significatif après ajustement ($p = 0,282$). Le vécu émotionnel pendant la grossesse ne demeurait pas significativement associé à la DPP après ajustement ($p = 0,113$). De même, la qualité de la relation conjugale n'était plus significativement associée à la DPP après ajustement ($p = 0,840$) (Tableau XXVI).

Tableau XXVI : facteurs associés à la DPP après régression logistique

Analyse multivariée des facteurs associés à la dépression du post-partum (régression de Firth)			
Variables	OR ajusté	95% CI	P-value ajusté
Statut matrimonial			
Mariée / en concubinage	1		
Célibataire	40,6	4,11- 438,1	<0,001
Manque de soutien du conjoint			
Non	1		
Oui	17,5	1,09- 21,39	0,042
Sentiment d'isolement depuis la naissance			
Non	1		
Oui	5,80	0,26- 786	0,282
Ressenti émotionnel pendant la grossesse			
Bien / Moyennement bien	1		
Difficile	0,07	0,00- 1,63	0,113
Qualité de la relation conjugale			
Harmonieuse / Moyenne	1		
Conflictuelle	1,36	0,07- 32,4	0,840
Complications pendant la grossesse			
Non	1		
Oui	44,5	2,93- 114,9	0,003
Expérience globale de l'accouchement			
Positive / Moyenne positive	1		
Négative	8,63	1,01- 8,74	0,048
Éducation sanitaire périnatale			

Analyse multivariée des facteurs associés à la dépression du post-partum (régression de Firth)			
Variables	OR ajusté	95% CI	P-value ajusté
Très / Assez satisfaisant	1		
Peu / Pas satisfaisant	14,8	1,68- 15,67	0,012

CHAPITRE V : DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de déterminer la fréquence de la DPP ainsi que les facteurs associés chez les femmes en post-partum à HGOPY. Il s'agissait d'une étude transversale analytique menée auprès de femmes à six semaines post-partum, à l'aide d'un questionnaire. 228 participantes avaient été retenues, le dépistage des symptômes dépressifs reposait sur une adaptation des critères diagnostiques du DSM-5.

Au terme de notre analyse, les résultats obtenus ont mis en évidence une fréquence de 14,4% [8,9% - 22,4%] de DPP dans notre population d'étude. Parmi elles, nous avons apprécié différents niveaux de sévérité, notamment les formes moyennement graves qui étaient les plus représentées (48,5%), suivi des formes moyennes (45,4%) et graves (6,0%). Plusieurs facteurs associés à la DPP sont ressortis, notamment le statut de célibataire, les complications de la grossesse, une mauvaise éducation par le personnel soignant durant la grossesse, une expérience globale d'accouchement négative, le manque de soutien du conjoint et une relation conjugale conflictuelle.

V.1. Limite de l'étude

Cette étude présentait néanmoins certaines limites :

- Biais de sélection : Le recrutement des participantes a été réalisé dans un hôpital de référence de la ville de Yaoundé. De ce fait, les caractéristiques des femmes incluses pourraient ne pas refléter fidèlement celles de l'ensemble de la population générale.
- Biais déclaratif : Certaines valeurs recueillies reposaient sur un ressenti personnel qui peut être subjectif.

V.2. Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, l'âge moyen des participantes était de $30,4 \pm 5,8$ ans, avec une prédominance des femmes âgées de [30 à 34] ans. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période de plus forte activité génitale et reproductive chez la femme. En effet, Bellini et *al*, ont montré que celle-ci correspond à la période optimale dans laquelle les grossesses sont mieux tolérées et le risque de complication grave est réduit [49]. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés au Cameroun, par Adama et *al*, où la moyenne d'âge des femmes en post-partum était de 28,8 ans [11]; Au Nigeria, Adeyemo et *al*, retrouvaient en post-partum une majorité de femmes âgées de 25 à 34 ans [17].

La majorité des femmes de l'étude étaient mariées, mais une proportion non négligeable de 41,3% de femmes étaient célibataires ou divorcées / séparées. Ceux-ci peuvent s'expliquer par l'instabilité socio-économique et culturel croissante dans notre contexte, fruit d'un développement stagnant, malgré l'augmentation des besoins et du nombre de la population,

des ségrégations culturelles et de la montée du terrorisme. Ainsi, La littérature Africaine montre une proportion variable du statut matrimonial des participantes selon les contextes socioculturels. En Afrique du Sud, plusieurs cohortes urbaines retrouvaient plus de 35% de femmes célibataires ou sans partenaires stables, les auteurs décrivent un contexte marqué par la précarité sociale et l'instabilité familiale, Hartley et *al* [50] ; Mokhele et *al* [51]. A l'inverse, des études menées au Sénégal et au Ghana, sur une cohorte communautaire de 16 560 femmes, retrouvaient une majorité écrasante de femmes mariées, souvent supérieur à 70%, les auteurs décrivant un contexte socioculturel plus stable, mais aussi une norme culturelle, religieuse et familiale encadrant fortement la maternité, Sokha et *al* [52] ; Weobong et *al* [53].

V.3. Caractéristiques cliniques

Les antécédents psychiatriques avant la grossesse étaient peu rapportés dans notre population d'étude (5,8%). Cette faible fréquence pourrait s'expliquer par une sous-estimation voire une sous-déclaration en raison de la stigmatisation encore importante des troubles psychiques dans notre contexte culturel, du sous-diagnostic important des affections mentales et d'un faible accès aux soins psychiatriques. En effet, cette faible fréquence d'antécédent psychiatrique était retrouvée dans une autre étude Camerounaise, où seule environ 4,8% avaient des antécédents psychiatriques documentés [12]. A l'inverse, des études réalisés dans les pays occidentaux rapporte fréquemment une proportion importante d'antécédents personnels de psychiatriques en période périnatale. Dans une méta-analyse incluant 97 études de plusieurs continents, Woody et *al*, ont retrouvé une fréquence environ trois fois plus élevée des antécédents personnels psychiatrique [2]. De même qu'en France, Tebeka et *al* [5]. Pouvant s'expliquer par une meilleure reconnaissance psychiatrique, un meilleur dépistage et un accès plus facile aux soins mentaux.

Au sujet des complications de grossesse, près d'un tiers des participantes de l'étude rapportaient avoir présenté une complication pendant la grossesse (28,8%). Les complications obstétricales demeurent fréquentes dans notre contexte, en raison de l'absence d'un suivi régulier de la grossesse à cause des appréhensions des femmes à la consultation hospitalière régulière liées aux conditions socio-économiques difficiles, et parfois du retard de prise en charge lié au manque de structures spécialisées disponibles. Ces observations rejoignent les données de la littérature africaine. A Accra, Wiafe et *al*, ont observé 51,8% des femmes enceintes présentant au moins une complication durant la grossesse [54].

V.4. Caractéristiques psycho-sociales

Dans notre étude, la majorité des participantes rapportaient avoir une grossesse désirée (83,7%). Ce résultat montre que sur le plan culturel et religieux la maternité reste perçue comme un souhait collectif et un évènement heureux. Aussi dans notre culture la maternité constitue un aboutissement d'une chronologie de stabilité conjugale et familiale. Ces résultats sont similaires aux résultats de la dernière Enquête Démographique de Sante au Cameroun, qui rapportait que près de deux femmes sur trois (66%) étaient désireuses d'avoir un enfant ou un enfant supplémentaire [55].

La majorité des participantes rapportaient avoir bénéficié d'un soutien conjugal et familial pendant la grossesse et la période post-natale, tandis que les un tiers en rapportaient le contraire. Ceux-ci décrivent le rôle central du soutien social dans l'expérience de la maternité. Dans les sociétés africaines, la grossesse et le post-partum s'inscrivent traditionnellement dans une dynamique familiale élargie où le conjoint, la famille et parfois la communauté participent activement à l'accompagnement de la mère. L'absence de soutien et d'accompagnement pouvant être expliqué par les changements sociaux observés dans les grandes villes africaines et L'urbanisation entraînant un l'éloignement des familles élargies. Par ailleurs, la montée du féminisme partage les responsabilités professionnelles ainsi que ses contraintes, ce qui peut entraîner de nombres changement dans les habitudes quotidiennes fragilisant les relations de couple. Ainsi, la *Frontiers in Psychiatry*, *Social support and maternal wellbeing in African urban settings*, confortait ces hypothèses en soulignant que l'urbanisation progressive modifie les mécanismes traditionnels de solidarité familiale autour de la maternité [56]. Cette observation rejoint des données de plusieurs études africaines, une étude menée au Ghana, par Ujwala et *al*, retrouvait 16,3% de femmes qui déclaraient avoir reçu un bon soutien psychosocial, 52,6% un soutien modéré et 31,1% un mauvais soutien [57].

La majorité des participantes décrivaient une relation conjugale harmonieuse ou relativement satisfaisante. Néanmoins, 13,5% des femmes rapportaient des conflits conjugaux au cours de la grossesse ou du post-partum et 1,9% avaient été victimes de violences physiques, tandis que 10,6% préféraient ne pas répondre. Ces fréquences demeurent proches de celles rapportées dans plusieurs études menées en contexte périnatal, Wondimye et *al*, retrouvait 59,5% rapportant un climat conflictuel durant la période périnatale et 9,3% d'entre elles rapportaient avoir été victime de violence physique [58]. Les tensions conjugales apparaissent donc comme relativement fréquentes durant la période d'adaptation à la parentalité. La grossesse et l'arrivée d'un nouvel enfant constituent souvent une période de réorganisation émotionnelle, relationnelle et économique pouvant générer des tensions au sein du couple.

En outre, malgré un niveau global de soutien jugé satisfaisant chez plus de la moitié des participantes, un quart des participantes rapportaient un sentiment d'isolement depuis la naissance de l'enfant (25%). Certaines femmes peuvent se sentir émotionnellement seules malgré la présence physique de leur entourage. Les changements liés à la maternité, la fatigue, les responsabilités nouvelles et la réduction des interactions sociales peuvent contribuer à ce sentiment d'isolement pendant le post-partum. Ce paradoxe a également été décrit dans la littérature, Martina Meyer et *al*, retrouvaient significativement trois grandes catégories de solitude durant la transition vers la maternité, la première sociale, la seconde émotionnelle et la dernière existentielle [59].

V.5. Fréquence de la dépression du post-partum

Dans notre étude, la fréquence de la DPP était de 14,4 % chez les femmes à six semaines post-partum. Cette fréquence confirme que la DPP constitue une réalité clinique présente dans notre contexte local, ainsi elle suggère la possibilité qu'une proportion non négligeable de femmes pourrait présenter une DPP non diagnostiquée. Contrairement à l'idée encore largement répandue selon laquelle les troubles psychiques maternels c'est la maladie des occidentaux. Nos résultats rejoignent les données de l'OMS, qui estime qu'environ une femme sur huit présente des symptômes dépressifs significatifs pendant la période périnatale. Par ailleurs, elle entrait dans la fourchette de 6,9% à 50,3% obtenus par Atuhaire et *al*, chez les mères en post-partum en Afrique [60].

Toutefois, La fréquence retrouvée dans notre étude demeure inférieure à celle rapportée dans plusieurs travaux africains récents. Au Cameroun, Dingana et *al*, retrouvaient une prévalence de 31,8 % à l'aide de l'EPDS [12]. De même, des études réalisées en Éthiopie et au Nigéria rapportaient des fréquences dépassant parfois les 30 % [7][8]. Cette différence pourrait s'expliquer par une différence d'éléments méthodologiques. La majorité des études africaines utilise principalement l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) comme outil de dépistage. Or, bien que l'EPDS soit un excellent instrument de dépistage validé internationalement, il ne permet pas à lui seul de poser un diagnostic clinique direct de dépression du post-partum. Dans notre étude, nous avons opté pour une approche reposant sur une adaptation des critères diagnostiques du DSM-5, permettant une évaluation plus directe, et plus clinique des symptômes dépressifs. Cette approche pourrait avoir permis d'obtenir une fréquence plus spécifique et potentiellement plus proche de la réalité clinique. Le DSM-5 reste aujourd'hui l'une des références diagnostiques internationales les plus utilisées en psychiatrie pour les troubles dépressifs. Son utilisation permet une approche plus structurée des symptômes cardinaux tels que l'humeur dépressive et l'anhédonie, mais aussi des éléments

centraux du diagnostic de dépression. Par ailleurs, Le caractère plus direct et parfois confrontant des critères DSM-5, peut également avoir conduit certaines femmes à minimiser volontairement leurs réponses, par peur d'être jugées, stigmatisées ou assimilées à une maladie mentale, une situation qui pourrait contribuer au maintien de cas de DPP non diagnostiquée dans la population. Cette hypothèse est cohérente avec les travaux de H Stuart et *al*, qui montraient que les troubles psychiques restent fortement stigmatisés dans plusieurs pays à ressources limitées[61]. Par ailleurs, nos observations suggèrent également une évolution progressive des mentalités autour de la santé mentale maternelle. Avec l'essor d'Internet, des réseaux sociaux et de l'information médicale accessible au grand public semble contribuer à une meilleure reconnaissance des symptômes dépressifs par certaines femmes, notamment en milieu urbain et chez les participantes ayant un niveau d'instruction élevé. Plusieurs études récentes montrent que les plateformes numériques participent de plus en plus à la sensibilisation autour de la santé mentale périnatale et à la réduction progressive du caractère tabou des troubles psychiques maternels, Jocelyn R Clarke et *al* [62].

V.6. Niveau de sévérité de la dépression du post-partum

Dans notre étude, la majorité des participantes présentaient une DPP de sévérité moyenne (45,4%) ou moyennement grave (48,5%), tandis qu'une proportion plus faible présentait une forme sévère (6,0%). Nos résultats rejoignent plusieurs travaux rapportant une prédominance des formes modérées de DPP dans les études hospitalières. En Éthiopie, Tesfaye et *al*, rapportaient une majorité des formes modérées, avec environ 15% de formes graves [63]. En outre, au Cameroun, Adama et *al*, retrouvaient un score d'EPDS entre 12 – 13 dans majorité des cas [11]. Cependant, nous n'avons retrouvé aucun cas présentant une forme légère. Ceci est en discordance avec les données de la littérature. Au Cameroun, Ghogomu et *al*, rapportaient une majorité de DPP légère à 54,7% [64]. Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que les formes légères ou débutantes de la DPP demeurent peu diagnostiquées car probablement peu exprimées ou insuffisamment verbalisées dans notre contexte. Dans plusieurs sociétés africaines, les manifestations émotionnelles du post-partum sont encore fréquemment banalisées, attribuées à la fatigue maternelle. Par ailleurs, ce résultat matérialise la présence déjà caractérisés des symptômes dépressifs chez les patientes dépistées. Ainsi, certaines femmes ne reconnaissent leurs difficultés qu'à partir du moment où les symptômes deviennent plus envahissants ou altèrent significativement leur fonctionnement quotidien. Des auteurs décrivent ainsi la DPP comme une affection souvent « silencieuse », masquée derrière les attentes sociales associées à la maternité, Tebeka et *al* [5]. En outre, l'absence de formes légères dans notre étude pourrait également être influencée par notre méthode diagnostique.

Contrairement à plusieurs travaux utilisant exclusivement l'EPDS comme outil de dépistage, notre étude reposait sur des critères inspirés du DSM-5. Cette approche diagnostique plus stricte pourrait avoir réduit l'identification des symptomatologies discrètes ou transitoires, tout en augmentant la spécificité des cas retenus.

V.7. Facteurs associés à la dépression du post-partum

V.7.1 Statut matrimonial et Complication de grossesse

Le statut de célibataire était indépendamment associé à la DPP dans notre étude. Ceux-ci est en accord avec les données récentes de la littérature. En effet, dans une méta-analyse africaine incluant plus de 40 953 mères en post-partum, Dadi et *al.* Ont rapporté que l'absence de stabilité conjugale exposait davantage les femmes à des difficultés économiques ainsi qu'à une plus grande vulnérabilité émotionnelle, augmentant ainsi le risque de développer une DPP[6]. De même, plusieurs contextes africains, notamment dans les séries de Tesfaye et *al*[63] ; et de Kerie et *al*[7] ; réalisées en Éthiopie, expliquaient que la maternité demeurait fortement inscrite dans un cadre conjugal et familial, entraînant ainsi une réduction du soutien social et une pression socioculturelle importante avec pour conséquence la survenue de la DPP.

Les complications de grossesse étaient également associées à la DPP, en effet les patientes ayant présentées une complication au cours de leur grossesse avaient une probabilité 45 fois plus élevée de développer une DPP. L'une des hypothèses est la charge émotionnelle. En effet, Howard et *al.*, rapportaient que l'incertitude concernant l'évolution de la grossesse ainsi que les inquiétudes liées à la santé du fœtus constituent d'importantes sources de stress psychologique durant la période périnatale[65]. Une autre hypothèse repose sur l'altération du vécu de la maternité et les répercussions économiques qui peuvent découler de ces complications. Dans ce sens, Onger et *al*[66] ; Adeyemo et *al*(17) ; ainsi que Wubetu et *al*(67). Rapportaient que les complications gravidiques exposent souvent les femmes à des hospitalisations répétées, à des interventions médicales et à un fardeau financier supplémentaire, favorisant ainsi l'apparition de symptômes dépressifs après l'accouchement.

V.7.2 Éducation sanitaire périnatale et expérience négative de l'accouchement

Une éducation sanitaire peu ou pas satisfaisante apparaissait également comme un facteur indépendamment associé à la DPP dans notre étude. Cette observation rejoint plusieurs travaux africains ayant souligné l'importance de l'éducation sanitaire périnatale pour la prévention périnatale. C'est le cas au Soudan, où Abdelmagid et *al.*, dans une étude menée sur le niveau de connaissance du personnel de santé a révélé une insuffisance d'éducation concernant la DPP,

entraînant un risque non négligeable de développement silencieux d'une DPP[67]. En Eswatini, Dlamini et *al*, ont montré que les femmes bénéficiant d'une éducation sur la transition vers la maternité par un suivi pré-natal suffisant avaient moins de chance de développer des symptômes dépressifs[68].

Une expérience négative de l'accouchement était significativement associée à la DPP après ajustement multivarié. Ainsi, Au Nigéria, Adewuya et *al*, ont retrouvé que les femmes ayant un vécu d'accouchement traumatisant, présentaient davantage de risque de symptomatologie psychologiques après la naissance [8]. En Ethiopie, Malaju et *al*, ont montré que l'accouchement perçu comme traumatique avec la peur intense qui l'entoure durant le travail était associé à une augmentation du risque des symptômes dépressifs post-nataux [69]. Par ailleurs, l'OMS soulignait qu'une expérience positive de l'accouchement constitue un objectif majeur des soins obstétricaux et qu'elle doit permettre à la femme d'accoucher dans un environnement psychologiquement sûr, avec un soutien émotionnel continu et un sentiment de contrôle sur les événements[70].

V.7.3 Manque de soutien du conjoint

Le manque de soutien du conjoint était également significativement associé à la DPP après ajustement. C'est un facteur associé à la DPP très documenté dans la littérature, de nombreuses études africaines et occidentales ont rapporté une association significative de ce facteur et de la DPP. Au Cameroun par exemple, Adama et *al* retrouvaient aussi une association significative entre l'insuffisance du soutien conjugal et la DPP[11]. Ils expliquaient cette relation par le fait que la présence du conjoint diminuait le stress maternel et le sentiment de vulnérabilité psychologique, ainsi le conjoint représente souvent la principale source d'aide émotionnelle, matérielle et décisionnelle pendant la grossesse et après l'accouchement, variable que nous n'avons pas étudié. En Serbie, Dmitrovic et *al* soulignaient davantage le rôle du soutien conjugal dans l'adaptation aux nouvelles responsabilités parentales[71]. Les femmes bénéficiant d'un partenaire impliqué présentent une meilleure capacité d'ajustement aux changements familiaux et sociaux induits par l'arrivée d'un enfant. De même en Chine, Liu et *al* suggéraient que l'effet protecteur du soutien du conjoint pourrait également s'expliquer par son influence sur le sentiment de sécurité affective, en tenant le rôle de premier confident[72].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude dont l'objectif était de déterminer la fréquence de la DPP ainsi que les facteurs associés chez les femmes en post-partum à HGOPY, il en ressort que :

- Le profil de nos accouchées était celui d'une femme mariée, avec une grossesse désirée et bénéficiant d'un soutien familial.
- La fréquence de la DPP était de 14,4 % [8,9 % – 22,4 %], Près d'un cas non diagnostique sur deux présentait une sévérité moyennement grave ou grave.
- les facteurs indépendants augmentant le risque de survenue de DPP étaient : la situation de célibat ; le manque de soutien du conjoint ; les complications de grossesse ; une expérience négative de l'accouchement ; une éducation sanitaire peu ou pas satisfaisant.

RECOMMANDATIONS

Afin de réduire la survenue de la DPP, nous formulons en toute humilité les recommandations suivantes

1. Au ministère de la santé

- La rédaction d'une lettre circulaire attirant l'attention du personnel soignant sur l'importance de l'évaluation de l'état dépressif des femmes en post-partum par la cellule de communication du ministère.

2. Aux formations sanitaires

- Intégrer un dépistage maternel systématique dans le suivi postnatal de routine en utilisant le DSM-5.

3. Aux professionnels de santé

- Avoir une approche plus humaine et empathique dans l'accompagnement obstétrical et postnatal, notamment au cours des étapes à fort degré de stress maternel comme l'accouchement.
- Faire des counselings aux conjoints et partenaires sur l'importance de leur implication tout au long de la grossesse et en post-partum ; ainsi qu'à la famille pour des cas socialement vulnérables.

4. Aux chercheurs

- Réaliser des études de cohorte prospective permettant un suivi longitudinal des femmes, afin de mieux apprécier l'évolution de la DPP au fil du temps, d'identifier avec davantage de précision les facteurs de risque, et d'estimer leur impacte.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. What is peripartum depression? [Internet]. [cited 2025 Nov 28]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/peripartum-depression/what-is-peripartum-depression>
2. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017 Sep;219:86-92.
3. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021 Oct 20;11:543.
4. Harrison S, Quigley MA, Fellmeth G, Stein A, Alderdice F. The impact of the COVID-19 pandemic on postnatal depression: analysis of three population-based national maternity surveys in England (2014-2020). *Lancet Reg Health Eur*. 2023 May 15;30:100654..
5. Tebeka S, Le Strat Y, De Premorel Higgons A, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression and environmental factors: The IGEDEPP cohort. *J Psychiatr Res*. 2021 Jun;138:366-74.
6. Dadi AF, Akalu TY, Baraki AG, Wolde HF. Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Apr;15(4):e0231940.
7. Kerie S, Menberu M, Niguse W. Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2018 Aug 29;11(1):623.
8. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Mapayi BM, Oginni OO. Depression amongst Nigerian university students. Prevalence and sociodemographic correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Aug;41(8):674-8.
9. Gastaldon C, Whitesell Skrivankova V, Schoretsanitis G, Folb N, Taghavi K, Davies MA, et al. Diagnosis of postpartum depression and associated factors in South Africa: a cohort study of 47,697 women. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2025 Jul 29;34:e41.
10. Iancu A, Pietrosel VA, Salmen T, Bica CI, Păunică I, Andronache LF, et al. Postpartum depression: associated factors and underdiagnosis. *J Mind Med Sci*. 2023 Apr;10(1):131-8.
11. Adama ND, Foumane P, Olen JPK, Dohbit JS, Meka ENU, Mboudou E. Prevalence and risk factors of postpartum depression in Yaounde, Cameroon. *Open J Obstet Gynecol*. 2015 Sep 21;5(11):608-17.
12. Dingana TN, Ngasa SN, Ngasa NC, Tchouda LAS, Abanda C, Sanji EW, et al. Prevalence and factors associated with post-partum depression in a rural area of Cameroon: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2022;42:138.

13. McGovern ME, Rokicki S, Reichman NE. Maternal depression and economic well-being: a quasi-experimental approach. *Soc Sci Med.* 2022 Jul;305:115017.
14. Lee YL, Tien Y, Bai YS, Lin CK, Yin CS, Chung CH, et al. Association of postpartum depression with maternal suicide: a nationwide population-based study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 23;19(9):5118.
15. Rokicki S, McGovern M, Von Jaglinsky A, Reichman NE. Depression in the postpartum year and life course economic trajectories. *Am J Prev Med.* 2022 Feb;62(2):165-73.
16. Johansen SL, Stenhaug BA, Robakis TK, Williams KE, Cullen MR. Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: a nationwide cohort study. *J Clin Psychiatry.* 2020 Jan 21;81(1):19m12929.
17. Adeyemo EO, Adeyemo EO, Oluwole EO, Kanma-Okafor OJ, Izuka OM, Odeyemi KA. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci.* 2020 Dec;20(4):1943-54.
18. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.
19. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006 Apr;91(2-3):97-111.
20. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ.* 1998 Jun 20;316(7148):1884-6.
21. Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Baillière; 1838[2026 May 28]. Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k765874>
22. Turbiaux M, Racamier P, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Bull Psychol.* 1967;20(252):118-9.
23. Racamier PC, Sens C, Carretier L. Mother and child in postpartum psychoses. *Evol Psychiatr.* 1961;26:525-70.
24. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. Postpartum blues syndrome. A description and related variables. *Arch Gen Psychiatry.* 1968 Jan;18(1):16-27.
25. Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry.* 1968 Nov;114(516):1325-35.
26. Faure K, Legras M, Chocard AS, Duverger P. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Rev Prat.* 2008;58.
27. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry.* 2000 Jun;157(6):924-30.

28. Meltzer-Brody S, Kaner SJ. Allopregnanolone in postpartum depression: role in pathophysiology and treatment. *Neurobiol Stress*. 2020 May;12:100212.
29. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:99-137.
30. Guedeney N, Jeammet P. Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*. 2001;13(3):51-74.
31. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-95.
32. O'Hara MW. La dépression du post-partum: les études de l'Iowa. *Devenir*. 2001;13(3):7-20.
33. Nakku JEM, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci*. 2006 Dec;6(4):207-14.
34. Taherifard P, Delpisheh A, Shirali R, Afkhamzadeh A, Veisani Y. Socioeconomic, psychiatric and materiality determinants and risk of postpartum depression in border city of Ilam, Western Iran. *Depress Res Treat*. 2013;2013:653471.
35. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-95.
36. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug;118(2 Pt 1):214-21.
37. Hamdan A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(3):243-59.
38. Hanington L, Ramchandani P, Stein A. Parental depression and child temperament: assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behav Dev*. 2010 Feb;33(1):88-95.
39. McGrath JM, Records K, Rice M. Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behav Dev*. 2008 Jan;31(1):71-80.
40. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. La dépression du post-partum. *JIM Sfax*. 2006;11-12:7-13.
41. Pull CB. DSM-5 et CIM-11. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2014 Oct;172(8):677-80.
42. Stone K. What the new DSM-5 says about postpartum depression and psychosis. [Internet]. 2013 May 21 [cited 2026 May 28]. Available from: <https://postpartumprogress.com/what-the-new-dsm-v-says-about-postpartum-depression-psychosis>

43. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
44. Dayan J. Prise en charge des troubles psychiatriques du post-partum. *Arch Womens Ment Health*. 1996;1(1):33-42.
45. Kamga DVT, Nana PN, Fouelifack FY, Fouedjio JH. Contribution des avortements et des grossesses extra-utérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé. *Pan Afr Med J*. 2017 Aug 3;27:248.
46. Dayan J. Les dépressions périnatales : évaluer et traiter. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008. 222 p.
47. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, et al. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess*. 2009 Jul;13(36):1-145, 147-230.
48. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6.
49. Bellieni C. The best age for pregnancy and undue pressures. *J Fam Reprod Health*. 2016 Sep;10(3):104-7.
50. Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, le Roux I, et al. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reprod Health*. 2011 May 2;8:9.
51. Mokhele I, Nattey C, Jinga N, Mongwenyana C, Fox MP, Onoya D. Prevalence and predictors of postpartum depression by HIV status and timing of HIV diagnosis in Gauteng, South Africa. *PLoS One*. 2019 Apr 4;14(4):e0214849.
52. Seck S, Camara M, Kane RW, Baldé DB, Bâ EHM, Koundoul A, et al. Prevalence and associated factors of postpartum depression: a study conducted in health centres in Dakar (Senegal). *Open J Psychiatry*. 2024 Jan 31;14(1):45-66.
53. Weobong B, Ten Asbroek AH, Soremekun S, Danso S, Owusu-Agyei S, Prince M, et al. Determinants of postnatal depression in rural Ghana: findings from the DON population-based cohort study. *Depress Anxiety*. 2015 Feb;32(2):108-19.
54. Wiafe MA, Ayenu J, Eli-Cophie D. A review of the risk factors for iron deficiency anaemia among adolescents in developing countries. *Anemia*. 2023 Jan 3;2023:6406286.
55. Guédeney N, Jacquemain F. Le rôle des facteurs environnementaux, de la relation mère-enfant et du tempérament dans les troubles émotionnels précoces de l'enfant. 2026 May 28. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Le-r%C3%B4le-des-facteurs-environnementaux%2C-de-la-et-du-Gu%C3%A9deney-Jacquemain/44de955f650eeaea949b705f0dace9674275fbb8>.

56. Okasha A. Mental health in Africa: the role of the WPA. *World Psychiatry*. 2002 Feb;1(1):32-5.
57. Mane UR, Salunkhe JA, Kakade S. Family support to women during pregnancy and its impact on maternal and fetal outcomes. *Cureus*. 2024 Jun 16;16(6):e62002.
58. Ashenafi W, Mengistie B, Egata G, Berhane Y. The role of intimate partner violence victimization during pregnancy on maternal postpartum depression in Eastern Ethiopia. *SAGE Open Med*. 2021 Jan 23;9:2050312121989493.
59. Meyer-Österlund M, Nyman-Kurkiala P, Hemberg J. The transition to motherhood: a qualitative study of new mothers' experiences of loneliness and associated challenges. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2026;21(1):2651509.
60. 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.
61. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Health (Camb)*. 2016 May 10;3:e17.
62. Clarke JR, Gibson M, Savaglio M, Navani R, Mousa M, Boyle JA. Digital screening for mental health in pregnancy and postpartum: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2024;27(4):489-526.
63. Tesfaye W, Ashine B, Tezera H, Asefa T. Postpartum depression and associated factors among mothers attending public health centers of Yeka Sub City, Addis Ababa, Ethiopia. *Heliyon*. 2023 Oct 18;9(11):e20952.
64. Ghogomu G, Halle-Ekane G, Fon P, Palle J, Atashili J, Mangala F, et al. Prevalence and predictors of depression among postpartum mothers in the Limbe Health District, Cameroon: a cross-sectional study. *Br J Med Med Res*. 2016 Jan 10;12:1-11.
65. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014 Nov 15;384(9956):1775-88.
66. Onger L, Wanga V, Otieno P, Mbui J, Juma E, Stoep AV, et al. Demographic, psychosocial and clinical factors associated with postpartum depression in Kenyan women. *BMC Psychiatry*. 2018 Oct 1;18(1):318.
67. Hashim YH, Hashim H, Abdelraheem E, Abdelrahman A, Abdelkarim S, Hassoun H, et al. Knowledge, attitude, and practice of obstetrics trainees in Sudan Medical Specialisation Board (SMSB), Sudan, towards postpartum depression. *Ann Case Rep*. 2022 Nov 23 [2026 May 28]. Available from: <https://www.gavinpublishers.com/article/view/knowledge-attitude-and-practice-of-obstetrics-trainees-in-sudan-medical-specialisation-board-smsb-sudan-towards-postpartum-depression>

68. Dlamini LP, Mahanya S, Dlamini SD, Shongwe MC. Prevalence and factors associated with postpartum depression at a primary health care facility in Eswatini. *S Afr J Psychiatr.* 2019 Oct 24;25:1404.
69. Malaju MT, Alene GD, Bisetegn TA. Longitudinal mediation analysis of the factors associated with trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms among postpartum women in Northwest Ethiopia: application of the Karlson-Holm-Breen (KHB) method. *PLoS One.* 2022;17(4):e0266399.
70. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2026 Jun 2. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
71. Dmitrovic BK, Dugalić MG, Balkoski GN, Dmitrovic A, Soldatovic I. Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *Int J Soc Psychiatry.* 2014 Sep;60(6):528-32.
72. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 May 2;17(1):133.

ANNEXES

Annexe 1: Clairance éthique

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224
Email: decanatfmsb@hotmail.com
Ref. : N° 0172 /UY1/FMSB/VDRC/DAASR/CSD/CSDA/emr

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

01 JUN 2026

**CLAIRANCE ÉTHIQUE
ETHICAL CLEARANCE**

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
The INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD (IERB) of FMBS Examined

La demande de clairance éthique soumise par :
The Request of Ethical Clearance submitted by

M.Mme: EVINA ONDOUA Augustine Emmanuel **Matricule: 19M1127**
Mr.Miss : Registration:

Titre du projet de Recherche : **Dépression du post-partum : dépistage, fréquence et facteurs associés chez les femmes en post-partum à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé**
Title of research project:

Equipe d'encadrement :
Supervision Team:

Pr MVE KOH Valère
Dr MPONO EMENGUELE Pascale

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique/Scientific Evaluation	
Evaluation de la convenance institutionnelle/Institutional Convenience Evaluation	
Equilibre des risques et des bénéfices/Benefits and Risks balance	
Respect du consentement libre et éclairé/Respect of Free and informed consent	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :Respect of privacy and Confidentiality	
Respect de la justice dans le choix des sujets/Respect for justice in subject choice	
Respect des personnes vulnérables : Respect of vulnerable persons	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages/Reduction of Inconveniences/Optimization of advantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis **favorable** sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées.

En

foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉTHIQUE
ABENA ONDOUA
PÉDIATRE

Annexe 2: Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie
.....
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
.....
HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE
ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE
.....
HUMILITE – INTEGRITE – VERITE - SERVICE
.....



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
.....
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
.....
YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC
AND PEDIATRIC HOSPITAL
.....
HUMILITY – INTEGRITY – TRUTH - SERVICE
.....

COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 330/CIERSH/DM/2026

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 15 janvier 2026, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « **dépression du post-partum: dépistage, fréquence et facteurs associés chez les femmes en post-partum dans trois hôpitaux de Yaoundé** » soumis par l'étudiant EVINA ONDOUA AUGUSTIN EMMANUEL.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

EVINA ONDOUA AUGUSTIN EMMANUEL devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

Yaoundé, le 27 JAN 2026

LE PRESIDENT

Annexe 3: Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné(e) Mme, Mlle, Mr

..... accepte librement et volontairement ma participation à l'étude médicale intitulée :

«Dépression du post-partum non diagnostiquée : fréquence et facteurs associés chez les femmes en post-partum à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.»

Étant entendu que :

- L'investigateur m'a informée et a répondu à toutes mes questions concernant les objectifs, la méthodologie, les bénéfices et les éventuels désagréments liés à ma participation.
- L'investigateur m'a précisé que ma participation est entièrement libre et que je peux me retirer à tout moment, sans que cela n'affecte ma prise en charge médicale ou ma relation avec le personnel de santé.
- Les informations recueillies seront strictement confidentielles, anonymisées et utilisées uniquement à des fins scientifiques dans le cadre de cette recherche universitaire.
- Cette étude ne comporte aucun risque majeur pour ma santé. En cas de score élevé à l'échelle de dépistage, je serai orientée vers un professionnel compétent (psychologue ou psychiatre) pour une prise en charge appropriée.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'une thèse de Doctorat en Médecine Générale soutenue publiquement à l'Université de Yaoundé I. Je pourrai exercer à tout moment mon droit de rectification ou d'opposition auprès de l'investigateur principal.

Fait le/...../2026 à Yaoundé

Contact :

EVINA ONDOUA Augustin Emmanuel

Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB), Université de Yaoundé I

E-mail : evinaaugustin650@gmail.com

Téléphone : 679567137

Encadrant : Pr. MVE

Année académique : 2025–2026

Signature de l'investigateur : _____

Signature _____ du

participant : _____

Annexe 4 : questionnaires d'étude – thèse de médecine

Étude : Dépression du post-partum non diagnostiquée : fréquence et facteurs associés chez les femmes en post-partum à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

Fiche N ° _____

A. Données sociodémographiques

- Âge: ____ ans
- Statut matrimonial : ☐ Mariée ou vivant concubinage ☐ Divorcé /Séparé ☐ Veuve ☐ Célibataire
- Niveau d'éducation : ☐ Non scolarise ☐ Primaire ☐ Secondaire 1^{er} Cycle ☐ Secondaire 2nd Cycle ☐ Supérieur
- Profession: _____
- Niveau socio-économique perçu : ☐ Insuffisant ☐ Moyen ☐ Suffisant
- Nombre d'enfant à charge: ____

B. Antécédents médicaux

- Avez-vous une ou plusieurs maladies chroniques connues : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, préciser : ☐ Hypertension artérielle ; ☐ Diabète ☐ Asthme ☐ Drépanocytose ☐ VIH ☐ Épilepsie ☐ Autres : _____
 - Ces pathologies font-elles l'objet d'un suivi médical régulier : ☐ Oui ☐ Non
 - Êtes-vous actuellement sous traitement médical : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, préciser le type de traitement : _____
- Avez-vous déjà présenté des troubles psychiatriques avant cette grossesse : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui préciser : ☐ Dépression guérie ☐ Anxiété
- Avez-vous déjà reçu un traitement ou un suivi psychologique : ☐ Oui ☐ Non
- Consommez-vous ou avez-vous consommé régulièrement : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Opioides ☐ Cocaïne ☐ Hallucinogènes ☐ Caféine ☐ Autres stimulants

- Durée approximative : _____

C. Antécédents obstétricaux

Contexte de la grossesse

- Nombre total de grossesses (gestité) : _____
- Nombre de grossesses menées à terme : _____
- Nombre de prématurés : _____
- Nombre de fausses couches : _____
- Nombre d'enfants vivants : _____

Suivi de la grossesse

- Nombre total de consultations prénatales (CPN) : _____
- Âge gestationnel à la première CPN : _____
- Le suivi a été assuré par : ☐ Obstétricien ☐ Médecin ☐ Sage-femme / Infirmier ☐ autres _____
- Quels examens ont-été réalisé ? ☐ Examens biologiques ☐ Examens morphologiques ☐ Aucun
- Avez-vous présenté des complications pendant la grossesse ? ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, préciser : ☐ HTA gravidique ☐ Diabète gestationnel ☐ Infection ☐ Menace d'accouchement ☐ Autres : _____

Vécu de grossesse

- Cette grossesse était-elle : ☐ Désirée ☐ Non désirée
- Cette grossesse était-elle planifiée ? ☐ Oui ☐ Non
- Quelle était votre ressenti sur le plan émotionnel au cours de la grossesse ? ☐ Bien ☐ Moyennement bien ☐ Difficile, autre : _____
- Avez-vous reçu un accompagnement au cours de la grossesse : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui par qui : _____

- Dans quelle mesure le personnel de santé vous a-t-il informé et conseillé durant votre grossesse ? : ☐ Très satisfaisant ☐ Assez satisfaisant ☐ Peu satisfaisant ☐ Pas satisfaisant
- Vous êtes-vous sentie accompagnée ou soutenue pendant la grossesse ? ☐ Conjoint ☐ Famille ☐ Amis ☐ Personne
- Avez-vous vécu des événements difficiles pendant la grossesse ? ☐ Problèmes financiers ☐ Conflits conjugaux ☐ Maladie ☐ Décès d'un proche
Autres _____

Vécu de l'accouchement

- Mode d'accouchement : ☐ Voie basse ☐ Césarienne
- Complications post-partum : ☐ Oui ☐ Non –
Si oui, préciser _____
- Comment qualifieriez-vous votre expérience de l'accouchement ? ☐ Positive ☐ Moyenne positive ☐ Négative
- Avez-vous ressenti lors de l'accouchement : ☐ Peur intense ☐ Douleur mal contrôlée
☐ Sentiment d'abandon ☐ Impression de danger pour vous ou le bébé
- Avez-vous bénéficié d'un soutien adéquat du personnel soignant ? ☐ Oui ☐ Non

D. Facteurs conjugaux et sociaux

- Votre conjoint participe-t-il dans les soins du bébé ? ☐ satisfaisant ☐ Non satisfaisant
- Qualité de la relation conjugale : ☐ Harmonieuse ☐ Moyenne ☐ Conflictuelle
- Avez-vous subi des violences conjugales ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Préfère ne pas répondre
- Ressentez-vous un manque de soutien de la part : conjoint ☐ Oui/☐ Non, famille ☐ Oui/☐ Non, personnel soignant ☐ Oui/☐ Non
- Avez-vous quelqu'un à qui parler quand vous êtes triste ? ☐ Oui ☐ Non
- Recevez-vous de l'aide pour les tâches domestiques ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui par qui: ☐ Epoux ☐ Famille ☐ Ami ☐ autre _____
- Vous sentez-vous isolée depuis la naissance ? ☐ Oui ☐ Non
- Notez votre niveau de soutien global (0 à 10) : ____ /10

E. Critères diagnostiques de dépression selon (DSM-5)

Période de référence : Au cours des 14 derniers jours.

1. Vous êtes-vous sentie triste, sensation de vide ou perte d'espoir ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

2. Avez-vous perdu l'intérêt ou le plaisir pour des activités que vous aimiez auparavant ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

3. Avez-vous eu un changement notable de votre appétit ou de votre poids sans le vouloir ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

4. Avez-vous eu des difficultés à dormir (trop dormir ou ne pas assez dormir) ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

5. D'autres personnes ont-elles remarqué que vous étiez plus lente ou au contraire très agitée ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

6. Sentez-vous une baisse voire un manque d'énergie presque tous les jours ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

7. Vous êtes-vous sentie inutile ou excessivement coupable de quelque chose ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

8. Avez-vous douté sur votre capacité d'être mère ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

9. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ou à prendre des décisions ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

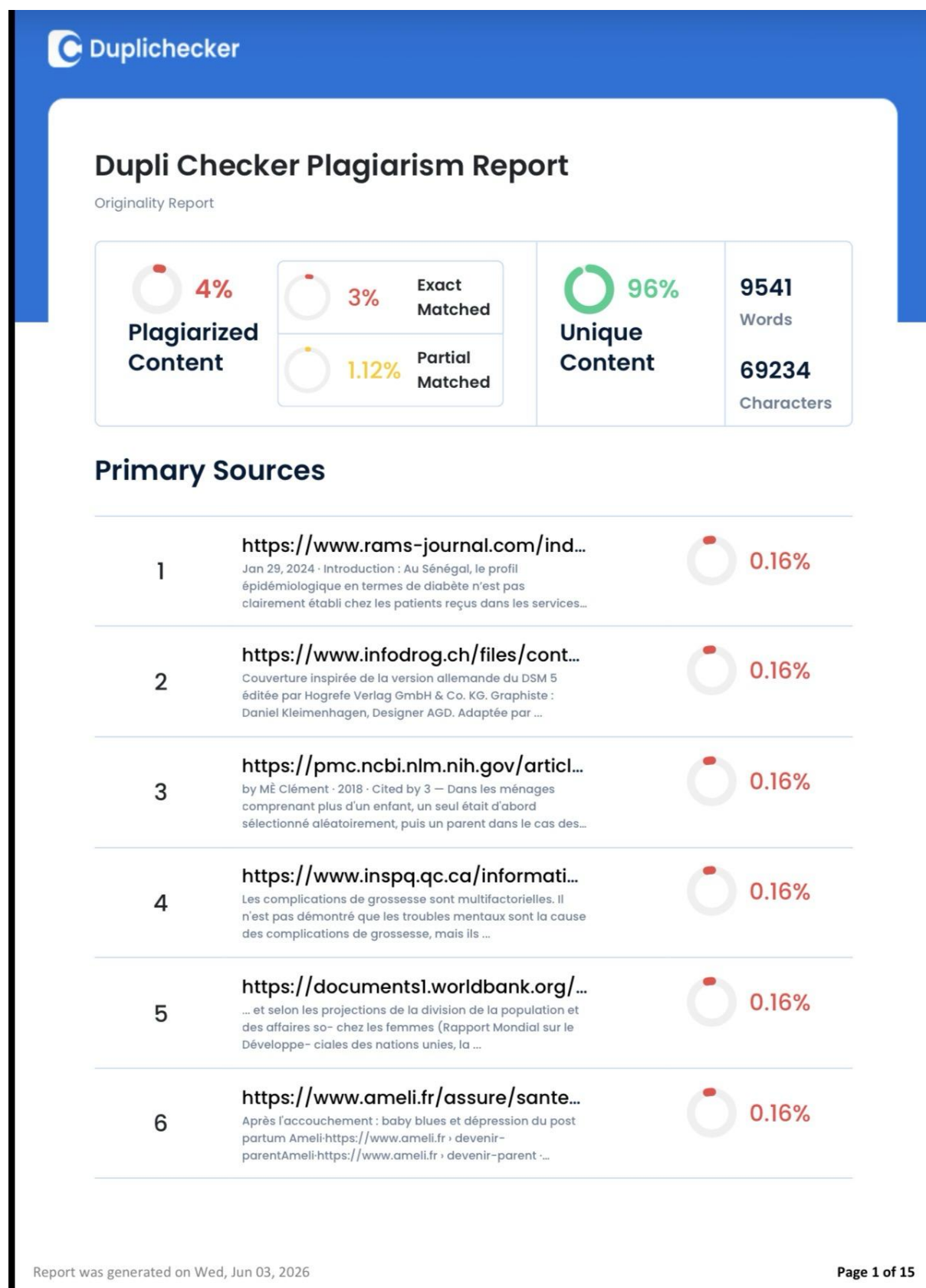
10. Avez-vous pensé qu'il vaudrait mieux être morte ou ne pas avoir accouché ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

11. Avez-vous pensé que l'accouchement allait mal se passer ?

☐ Pas du tout ☐ Quelques jours ☐ Plus de la moitié des jours ☐ Presque tous les jours

Annexe 5: Test anti plagiat





7	https://www.ajol.info/index.php/pa... Dec 19, 2023 · Introduction: les candidoses vulvovaginales (CVV) sont des affections cosmopolites, très fréquentes et très récurrentes, liées à la rupture de l'équilibre vaginal et d...	0.16%
8	https://appsaf.apiaproject.com/bu... HGOPY, construit avec l'aide du gouvernement Chinois, a été officiellement inauguré le 28 Mars, 2002. L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé en abrégé...	0.16%
9	https://www.facebook.com/groups... 3) La connaissance statistique préalable de la ... Facebook · المجموعة الرسمية للطلبة الباحثين والذكاترة بالمغرب (Doctorants du Maroc) 1 comment · 5 years agoFacebook · المجموعة الرسمية...	0.16%
10	https://uy1.passresto.com/ova_de... La Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales est un établissement de l'Université de Yaoundé 1 qui a pour mission la formation de personnels de santé de haut...	0.16%
11	https://fmsb.uninet.cm La Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé est l'une des institutions les plus prestigieuses d'enseignement supérieur en Afrique...	0.16%
12	https://www.uncdf.org/download/f... ... information afin de mieux valoriser les études réalisées. Ces suggestions ... était cohérente avec ses objectifs de ren-forcement des capacités des ...	0.16%
13	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articl... by E Lang · 2022 · Cited by 1 — Les participantes ont été affectées aléatoirement à un groupe soumis à un dépistage avec le questionnaire EPDS administré par du...	0.16%
14	https://bibliosante.ml/bitstream/h... TITRE MEMOIRE Par : Dr COULIBALY Sylvain Bibliosante.mlhttps://bibliosante.ml › bitstream › handleBibliosante.mlhttps://bibliosante.ml › bitstream › ...	0.16%
15	http://jsago.org/index.php/jsago/a... Jan 31, 2020 · Résumé Objectifs : Etudier les facteurs déterminants de l'âge gestationnel à la première consultation prénatale dans une population hospitalière...	0.16%
16	https://www.1000-premiers-jours.fr... Oct 2, 2025 — C'est normal de ressentir différentes émotions enceinte : tristesse, doutes, angoisse, bonheur, impatience... Si c'est dur à gérer, ...	0.16%



17	https://www.sciencedirect.com/sci... by EG Simon · 2015 · Cited by 8 — Le risque thromboembolique après un accouchement par voie basse est d'environ 1‰ (NP2), et la prescription d'une...	 0.16%
18	https://www.medecinesciences.org... by C Jamet · 2025 — La dépression périnatale est une maladie fréquente, touchant 10 à 20 % des femmes après un accouchement. Souvent sous-diagnostiquée, elle peut...	 0.16%
19	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articl... by J Ladner · 2021 — Une étude publiée dans le JAMA en 2016, montrait que 96% des articles publiés entre 1990 et 2015 affichaient des résultats statistiquement significatifs,...	 0.16%
20	https://atlas.wolfram.com/01/01/12... {{3, 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 17, 18, 19 ... 66, 67, 69, 71, 72, 74, 76, 75, 77, 79, 80, 79, 78, 78, 79, 80, 81, 82 ...	 0.16%
21	https://maclookup.app/vendors/pr... Private MAC Address Lookup MAC Address Lookuphttps://maclookup.appMAC Address Lookuphttps://maclookup.app	 0.16%
22	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articl... by M Christodoulou · 2022 · Cited by 13 — p value, β coefficient, p value, β coefficient, p value, β coefficient, p value ... 2006;17(5):1305-1315. [DOI] [PubMed] [Google...	 0.16%
23	https://www.ccde.fr/interpreter-bia... Sep 28, 2025 — L'enjeu du recrutement : biais de sélection et représentativité. Le ... été un facteur de confusion oublié : les amateurs de café ...	 0.16%
24	https://www.fp2030.org/fr/resourc... Données du DHS sur les jeunes de 10 à 19 ans Family Planning 2030 FP2030https://www.fp2030.org › resourcesFamily Planning 2030 ...	 0.16%
25	https://www.facebook.com/demoti... Une étude du Pew Research Center révèle un profond changement dans les normes sociales : un adulte sur quatre est susceptible de rester ...	 0.16%
26	https://www.hsd-fmsb.org/index.p... Cameroun, Dzudie et al. et Kingue al ... Les tableaux 1 et 2, présentent aussi une association significative entre l'hypertension artérielle et certaines.	 0.16%

Report was generated on Wed, Jun 03, 2026
 Page 3 of 15