

VIGNETTE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDIANT

INTÉRÊT DU DÉPISTAGE DE LA DÉPRESSION ANTÉNATALE

LAURENT C (1), PIETTE C (1), BAKAY S (1, 2), SCANTAMBURLO G (1, 2)

RÉSUMÉ : Cet article vise à synthétiser les recommandations pour le dépistage et la prise en charge de la dépression anténatale, en éclairant les causes du sous-diagnostic, en identifiant les signes d'alerte et les facteurs de risque. L'objectif est de prévenir les conséquences néfastes et favoriser une prise en charge interdisciplinaire adaptée et précoce.

MOTS-CLÉS : *Dépression anténatale - Dépistage - Prévention - Lien mère-bébé - Interdisciplinarité*

BENEFIT OF SCREENING FOR ANTENATAL DEPRESSION

SUMMARY : This article provides guidelines for the screening and management of antenatal depression, highlighting the reasons for its underdiagnosis and identifying warning signs and risk factors. The aim is to prevent its consequences and promote early interdisciplinary care.

KEYWORDS : *Antenatal depression - Screening - Prevention - Mother-baby bond - Interdisciplinary approach*

INTRODUCTION

La dépression est courante et invalidante. Elle est définie par une période d'au moins deux semaines caractérisée par minimum cinq symptômes comme l'humeur dépressive, l'anhédonie, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, des troubles psychomoteurs, une perte de concentration et des idées noires ou de dévalorisation ou de culpabilité (1). L'un des symptômes doit être l'humeur dépressive ou l'anhédonie.

La grossesse est une étape cruciale de la vie, elle est marquée par des changements physiologiques, psychologiques et sociaux (2-4). Récemment, une définition élargie de la période périnatale a été proposée, allant du projet de grossesse jusqu'à deux ans après l'accouchement, ce qui correspond davantage à la pratique (5). Cette période rend la femme plus vulnérable aux facteurs de stress (3, 4) et modifie la vie intra-psychique (6).

Contrairement aux croyances populaires, la grossesse ne protège pas de la dépression. En effet, sa prévalence est de 7 à 9 % dans les pays à hauts revenus, répartie de manière équivalente sur les trois trimestres (7). Pourtant, elle est souvent sous-diagnostiquée. Des études prospectives montrent que 50 à 66 % des cas sont non-décelés (7). Les soins périnataux sont une opportunité pour le dépistage, l'adhésion aux soins et l'évaluation des ressources de la patiente. Parmi les outils disponibles, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) est le plus utilisé.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 34 ans, immigrée d'origine marocaine, enceinte de 20 semaines, est hospitalisée pour la 9^{ème} fois en raison de déséquilibres diabétiques et de vomissements incoercibles. Les antécédents incluent un diabète de type 1, deux interruptions volontaires de grossesse, une hospitalisation en Psychiatrie à 19 semaines, et un suivi psychiatrique pour deuil compliqué. Socialement, la patiente est en situation précaire, sans logement, sans revenus ni soutien stable. La grossesse est désirée, mais est très peu investie, réveillant un traumatisme d'enfance. La patiente montre une faible adhésion aux soins, un gain de poids insuffisant, une anxiété majeure centrée sur le bébé et la maternité. On relève en outre des idées noires avec actes auto-agressifs, une anhédonie, des inconforts digestifs, des insomnies récurrentes et de l'agitation psychomotrice. L'évolution obtient un score EPDS de 23/30. La patiente accouche prématurément à 28 semaines d'un bébé hospitalisé en soins intensifs néonataux. Un réseau de soutien interdisciplinaire spécialisé, ainsi qu'un traitement par antidépresseur de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine sont mis en place.

QUESTIONS POSÉES

1. Quels sont les facteurs de risque et les signes d'alerte de la dépression anténatale ?
2. Quelles sont les répercussions d'un retard de diagnostic ?
3. Quels outils de dépistage et quelle conduite adopter pour une femme à risque ?

(1) Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

(2) Unité de Psychoneuroendocrinologie, ULiège, Belgique.

RÉPONSES PROPOSÉES

1. QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ET LES SIGNES D'ALERTE DE LA DÉPRESSION ?

FACTEURS DE RISQUE

Bien qu'il n'existe pas de consensus formel, les professionnels de santé de première ligne (gynécologues, médecins traitants, sages-femmes) et de deuxième ligne (infirmier(ère)s, psychologues, psychiatres) doivent être attentifs aux facteurs de risque et signes d'alerte de la dépression (Tableaux I et II), ce qui doit mener à un dépistage et à une évaluation psychiatrique.

Parmi les facteurs de risque majeurs, citons les antécédents personnels ou familiaux de dépression, présents chez 50 % des femmes souffrant de dépression anténatale (3-7, 8). Le manque de soutien social, en particulier de la part du partenaire, est un facteur de risque majeur, tandis qu'une bonne relation avec le partenaire est un facteur protecteur (9). D'autres facteurs importants sont un faible statut socio-économique, des événements de vie stressants (divorce, deuil, perte d'emploi), une anxiété élevée, une grossesse non planifiée, des maladies chroniques (diabète, hypertension) et des antécédents d'abus physique ou sexuel.

Parmi les facteurs de risque mineurs, nous relevons les antécédents d'interruptions volontaires de grossesse et d'accouchements traumatiques, l'utilisation de la procréation médicalement assistée, la menace d'accouchement prématuré, la monoparentalité, des troubles graves de la personnalité et l'appartenance à une minorité ethnique (africaine, hispanique) (7, 8-10). Une étude de Garez et coll. a révélé une forte association entre troubles de la personnalité et troubles de l'humeur, la grossesse réac-

tivant des fragilités psychologiques antérieures jusque là contenues (11).

SIGNES D'ALERTE

Les signes qui doivent alerter les soignants chez une femme enceinte comprennent : l'ambivalence envers la grossesse, la détresse psychique persistante, l'intolérance au stress, une irritabilité envers le partenaire ou les enfants, une anxiété excessive concernant le fœtus, des symptômes somatiques exacerbés (nausées, vomissements, insomnies récurrentes, céphalées, lombalgies, fatigue), des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité. On relève, en outre, une attitude d'abattement, une anhédonie, des idées suicidaires ou auto-agressives, des phobies d'impulsion infanticide, des comportements à risque (non-adhésion aux soins prénataux, consommation de substances) et une alimentation inappropriée avec gain de poids insuffisant (7).

Il est à noter que certains de ces facteurs et signes ne sont pas spécifiques à la grossesse et se retrouvent également dans la dépression dans la population générale.

2. QUELLES SONT LES RÉPERCUSSIONS D'UN RETARD DE DIAGNOSTIC ?

DIFFICULTÉ DIAGNOSTIQUE

Plusieurs difficultés compliquent l'établissement du diagnostic de dépression anténatale. Le mythe de la grossesse épanouissante crée un tabou autour des émotions négatives, rendant difficile leur expression par culpabilité, peur du jugement et stigmatisation (12). De nombreuses femmes croient que ces sentiments disparaîtront après la naissance, ce qui les dissuade de demander de l'aide (7, 8-10). Ces sentiments sont d'autant plus déconcertants ou niés lorsque la grossesse a été désirée. De plus,

Tableau I. Facteurs de risque et de vulnérabilité favorisant le développement d'une dépression anténatale

Majeurs	Mineurs
Antécédent de dépression	Antécédent d'interruption volontaire de grossesse
Précarité, statut socio-économique faible	Procréation médicalement assistée
Événements de vie stressants	Malformation fœtale
Niveau d'anxiété important	Menace d'accouchement prématuré
Grossesse non planifiée	Trouble grave de la personnalité
Affection médicale comorbide	Ethnie minoritaire
Antécédent d'abus physique ou sexuel	Monoparentalité

Tableau II. Signes d'alerte interpellants chez une femme enceinte

Ambivalence envers la grossesse
Détresse psychique/intolérance au stress/irritabilité envers partenaire et enfants
Anxiété excessive envers le fœtus et le rôle de mère
Insomnies récurrentes, quasi quotidiennes
Symptômes somatiques exacerbés
Dévalorisation ou culpabilité excessive
Attitude d'abattement, anhédonie
Idées suicidaires ou d'auto-agressivité
Phobies d'impulsion infanticide
Négligence du suivi prénatal et des recommandations médicales
Consommation de substances toxiques (drogues, tabac, alcool)
Alimentation inappropriée avec gain de poids insuffisant

les symptômes physiologiques de la grossesse, comme fatigue, troubles du sommeil, manque d'appétit et nausées, se chevauchent souvent avec ceux de la dépression, surtout au premier trimestre, rendant l'état dépressif difficile à identifier, notamment les formes «souriantes» sans ralentissement psychomoteur et avec une composante anxieuse (8-10). Enfin, la dépression chez la femme enceinte peut engendrer un contre-transfert négatif chez les soignants et l'entourage, compliquant les soins.

Le **Tableau III** répertorie les différentes répercussions détaillées ci-dessous.

RÉPERCUSSIONS MATERNELLES

La dépression anténatale est liée à des comportements à risque tels que l'absence de recours aux soins, la mauvaise observance des recommandations médicales, et un risque accru de dépendance aux substances (tabac, alcool, drogues) (4). Par exemple, le tabagisme est plus fréquent chez les femmes enceintes déprimées (7).

Une dépression anténatale non traitée augmente le risque de complications obstétricales comme une hospitalisation prolongée avant l'accouchement, le recours à la césarienne ou l'épisiotomie, des accouchements prématurés, des fausses couches spontanées et une prééclampsie. Bien que la relation avec la pré-éclampsie soit controversée, des études montrent une association modérée influencée par l'indice de masse corporelle, lorsque celui-ci est élevé avant la grossesse (4, 13).

La dépression anténatale non diagnostiquée est souvent prolongée d'une dépression du post-partum, c'est le plus grand facteur de risque pour cette dernière (14). Environ un tiers des femmes souffrant de dépression anténatale restent déprimées après l'accouchement (3). Nous devons envisager ces deux entités comme un continuum (5). La dépression anténatale non traitée peut entraîner des comportements auto-agressifs et, dans les cas graves, conduire au suicide, une des principales causes de décès chez les femmes enceintes déprimées (7, 10, 15). En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle (périnatale) après les maladies cardiovasculaires (16). Le suicide reste un événement rare, mais est souvent violent (saut dans le vide, par exemple) et survient généralement dans les semaines suivant l'accouchement (à un mois et demi et à 4 mois), soulignant l'importance d'un suivi postnatal continu et d'une approche interdisciplinaire.

RÉPERCUSSIONS SUR LE BÉBÉ

Les bébés nés de mères souffrant de dépression pendant la grossesse sont plus à risque de naître avec un faible poids (inférieur au 10^{ème} percentile), de présenter un retard de croissance intra-utérin et d'être prématurés (3, 4, 6, 17). Au stade fœtal, ils peuvent montrer une fréquence cardiaque plus élevée, un temps de réaction prolongé, et une activité motrice accrue en réponse aux stimuli (4-17). Ces bébés sont plus susceptibles d'être hospitalisés en unité de soins intensifs néonataux en

Tableau III. Répercussions de la dépression anténatale

Maternelles	Complications obstétricales : <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisations pré-accouchement plus longues • Césarienne, épisiotomie • Accouchement avant terme • Fausses couches spontanées • Pré-éclampsie (en fonction de l'indice de masse corporelle)
	Dépression du post-partum : <ul style="list-style-type: none"> • Idées suicidaires • Auto-agressivité • Suicide (2^{ème} cause de décès maternel)
Systémiques/familiales	Altération du processus d'attachement mère-bébé Troubles affectifs, relationnels et sexuels chez le partenaire Perturbation de la dynamique familiale
Foetales/infantiles	Évolution foetale : <ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérin • Fréquence cardiaque de base plus élevée, temps de réactivité plus long et activité motrice plus élevée en cas de stimuli
	Nourrisson : <ul style="list-style-type: none"> • Faible poids de naissance • Pré maturité • Nécessité de soins intensifs néonataux
	Enfant/adolescent : <ul style="list-style-type: none"> • Retard d'acquisition du langage et de la marche • Difficultés émotionnelles et sociales/attachement non sécuritaire • Troubles affectifs chez l'adolescent

raison de problèmes d'adaptation à la vie extra-utérine (4).

En grandissant, ces enfants ont un risque accru de présenter des retards de développement, notamment dans l'acquisition du langage et de la marche, ainsi que des difficultés émotionnelles et sociales (3, 17). Les adolescents nés de mères dépressives présentent un risque quatre fois plus élevé de troubles affectifs (9-17).

RÉPERCUSSIONS SUR LE SYSTÈME FAMILIAL

La dépression anténatale non traitée perturbe le processus d'attachement mère-bébé, entraînant des difficultés parentales majeures. Dans le post-partum immédiat, la mère peut être moins disponible psychologiquement pour son bébé, avoir peu de contacts visuels, et communiquer moins avec lui (17). Les nourrissons sont plus affectés par l'indisponibilité maternelle que par une séparation, devenant plus irritables, plus difficiles à consoler, et à risque de troubles du sommeil et de l'alimentation. Cela peut créer un cercle vicieux d'irritabilité et de découragement mutuel dans la dyade mère-bébé. Chaque dyade est unique et peut bénéficier d'un accompagnement en psychiatrie périnatale. Sans intervention, l'enfant peut développer des troubles de l'attachement insécure et des difficultés interpersonnelles ultérieures (3, 6, 17).

Le partenaire est aussi plus susceptible de développer des troubles affectifs, relationnels, et sexuels, ce qui peut engendrer des conflits de couple et nuire à la cohésion familiale, à un moment où le soutien et la stabilité sont pourtant essentiels (10).

3. QUELS SONT LES OUTILS DE DÉPISTAGE DISPONIBLES ? QUELLE CONDUITE ADOPTER POUR UNE FEMME À RISQUE ?

Le dépistage de la dépression anténatale est crucial pour permettre un diagnostic précoce et une intervention rapide, réduisant ainsi la morbidité et la mortalité associées à ce trouble (18). La dépression anténatale se traite efficacement par psychothérapie et/ou antidépresseurs (8). Les outils de dépistage sont validés, efficaces, et faciles à utiliser, permettant aux femmes enceintes de reconnaître les signes de dépression et de demander de l'aide, tout en abordant des sujets souvent perçus comme tabous (8).

Actuellement, il n'existe pas de consensus uniforme sur le dépistage ni sur les recommandations spécifiques. Cependant, plusieurs organisations soutiennent son importance. La «United States Preventive Task Force» recommande un dépistage systématique de toutes les femmes enceintes, tandis que la «Canadian Task Force on Preventive Health Care» préconise un dépistage ciblé pour les patientes à

risque. L'«American College of Obstetricians and Gynecologists» suggère un dépistage au moins une fois pendant la grossesse, et une revue de la littérature recommande plusieurs dépistages durant cette période (7). Un résultat positif nécessite une évaluation psychiatrique pour confirmer le diagnostic et apprécier la gravité (7-11).

Les outils de dépistage les plus couramment utilisés sont l'EPDS («Edinburgh Postnatal Depression Scale»), le PHQ-9 («Patient Health Questionnaire-9») et le CES-D («Center for Epidemiologic Studies Depression Scale»). Bien que leur sensibilité et spécificité soient comparables (15, 9), leur valeur prédictive positive varie en fonction des seuils différents employés et des échantillons de femmes enceintes considérés (7). Tous ces outils sont des auto-évaluations.

L'EPDS, initialement conçu pour la dépression du post-partum, est largement utilisé et validé pour la dépression anténatale car il se concentre sur les aspects émotionnels et cognitifs, en évitant les symptômes somatiques confondus avec les changements physiologiques de la grossesse (15). Il évalue également l'anxiété comorbide, fréquente dans la dépression (présente dans 50 % des cas), avec un seuil de 11/30 pour suspecter une dépres-

sion anténatale et de 15/30 pour une probabilité plus élevée de diagnostic.

Le PHQ-9, basé sur le DSM-5, inclut les critères somatiques et doit être interprété avec soin en raison du chevauchement des symptômes. Le score maximal est de 27 points. Le seuil de 10 points est associé à une dépression modérée. La CES-D permet d'évaluer l'existence d'un syndrome dépressif en 20 items.

Le deuxième trimestre est généralement considéré comme le moment optimal pour le dépistage (7).

Une alternative au dépistage consiste à poser les deux questions principales du critère A du DSM-5 pour le diagnostic de dépression caractérisée :

1. «Avez-vous ressenti un sentiment de tristesse ou de désespoir au cours du dernier mois ?»

2. «Avez-vous ressenti moins d'intérêt ou de plaisir pour faire des choses au cours du dernier mois ?»

Ces questions offrent une sensibilité de 97 % et une spécificité de 67 % pour détecter la dépression caractérisée. Si les réponses sont affirmatives à ces questions ainsi qu'à «Souhaitez-vous recevoir de l'aide ?», la spécificité du dépistage atteint 89 % (1).

Tableau IV. Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé du DSM-V-TR

A. Au moins 5 des symptômes ci-dessous sont présents pendant une période de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir	
1	Humeur dépressive quasiment toute la journée et presque tous les jours
2	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée et tous les jours
3	Perte ou gain de poids significatif (modification du poids excédant 5 % en 1 mois)
4	Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5	Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
6	Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours
8	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours
9	Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan précis, tentative de suicide
B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines importants	
C. L'épisode n'est pas imputable aux effets d'une substance ou à une autre affection médicale	
D. La survenue d'un épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique	
E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque	
NB : En ce qui concerne cet article il s'agira du trouble dépressif caractérisé «avec début lors du péripartum», et plus particulièrement «l'antepartum». Cette période du péripartum est considérée par le DSM-V comme étant les symptômes débutant pendant la grossesse ou dans les 4 semaines après l'accouchement	

Le diagnostic de la dépression anténatale suit les mêmes critères que ceux de la dépression dans la population générale, selon le DSM-5-TR (Tableau IV) (7). Il est crucial de se concentrer sur les aspects émotionnels et cognitifs de la dépression. Les symptômes somatiques de la dépression sont pertinents, mais il convient de tenir compte des changements physiologiques normaux de la grossesse et de ne retenir que ceux qui dénotent un caractère excessif et une altération du fonctionnement global significatif. Le diagnostic doit également exclure des causes somatiques telles que l'anémie, l'hypothyroïdie et la consommation de substances toxiques.

CONCLUSION

Le dépistage de la dépression anténatale est essentiel, car ce trouble est souvent sous-diagnostiqué malgré un traitement efficace et la disponibilité d'outils de dépistage validés comme l'EPDS. Un dépistage de la dépression anténatale est préconisé chez toutes les femmes au moins une fois durant la grossesse, de préférence au cours du deuxième trimestre. Pour les femmes ayant des antécédents psychiatriques, des facteurs de risque ou des signes d'alerte, un dépistage est recommandé à chaque trimestre et au cours du premier mois post-partum, en raison du risque élevé de suicide environ un mois et demi après l'accouchement. Un dépistage positif doit être suivi d'une évaluation psychiatrique, car il ne suffit pas à établir un diagnostic de dépression. L'EPDS est un outil fiable, accessible et rapide pour tous les soignants. Associé à une évaluation psychiatrique, ce dépistage permet une prise en charge précoce et interdisciplinaire, réduisant les effets néfastes sur la mère, le bébé, leur lien d'attachement et le système familial. Le suicide est une des principales causes de décès maternel et pourrait souvent être évité.

Il est urgent de poursuivre les recherches sur les outils de dépistage, leurs seuils de détection en termes de spécificité et sensibilité, leur fréquence idéale et le moment optimal pour leur utilisation, ainsi que d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Actuellement, la prise en charge des femmes enceintes souffrant de dépression est inégale en Europe et constitue un enjeu majeur de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- Lemogne C. Le patient déprimé. Dans : Rouleaux F, Brottier B, éditeurs. *Psychiatrie de liaison*. 1^{ère} éd. Paris : Lavoisier ; 2018. p 167-78.
- Mouind K. Psychiatrie périnatale. Dans : Bouttreux C. *Manuel de psychiatrie à l'usage du praticien*. Tours : Presses universitaires François Rabelais; 2021. p 301-16.
- Gelaye B, Rondon M, Prof Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 2016;**3**:973-82.
- Schaffir J. Consequences of antepartum depression. *Clin Obstet and Gynecol* 2018;**61**:533-43.
- Tebeka S. La grossesse comme période dorée ? (vidéo en ligne). Congrès de l'Encéphale 2023-21^{ème} édition ; 18-20 janvier 2023 ; Palais des Congrès de Paris. Disponible sur : <https://www.encephale.com/Videos/Les-videos-du-congres-de-l-Encephale/Encephale-2023/Echographie-de-la-depression-perinatale> . Accédé en mai 2023.
- Dayan J, Andro G, Dugnat M. Dépression périnatale. Dans : Marcelli D, éditeur. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. 2^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015. p .143-1-53.
- Grigoriadis S. Unipolar major depression during pregnancy: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate. Mars 2021: 1-40. Disponible sur : https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-with-psychotic-features-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=unipolar%20major%20depression&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Accédé le 16 December 2022.
- Dubret C, De Pradier M. Liaison en obstétrique et en périnatalogie. Dans : Rouleaux F, Brottier B ; éditeurs. *Psychiatrie de liaison*. 1^{ère} éd. Paris : Lavoisier; 2018. p 502-9.
- Hubner-Liebermann B, Hausner H, Wittman M. Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int* 2012;**109**:419-24.
- Alberque C, Bianchi-Demicheli F, Andreoli A, et al. Dépression grave pendant la grossesse : que faire ?. *Rev Med Suisse* 2008;**4**:392-7.
- Garez V, Devouche E, Bobin-Bègue A, et al. La liaison en « Périnatalogie » : des soins entre réseau, liaison et prise en charge mobile. *Encephale* 2017;**44**:239-46.
- Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;**73**:826-37.
- Yuan M, Bedell S, De Vrijer B, et al. Highlighting the mechanistic relationship between perinatal depression and preeclampsia: a scoping review. *Womens Health Rep (New Rochelle)* 2022;**3**:850-66.
- Howard M, Mehta N, Powrie R. Peripartum depression: early recognition improves outcomes. *Clev Clin J Med* 2017;**84**:388-96.
- Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, et al. Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *J Affect Disord* 2014;**162**:1-7.
- Vacheron M-N, Dugravier R, Tessier V, et al. Suicide maternel périnatal : comment prévenir ? *Encephale* 2022;**48**:590-2.
- Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;**28**:25-35.
- Milgrom J, Gemmil A-W. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;**28**:13-23.
- Langan R, Goodbred A-J. Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician* 2016;**93**:852-8.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Scantamburlo G, Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.
Email : Gabrielle.Scantamburlo@uliege.be